PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

ROCZNIK IV

1 9 3 2

SPIS RZECZY.

Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IV. Styczeń 1932 Nr 1.

Następny numer „Pielęgniarki Polskiej“ podwójny, ukaże się w marcu.

Pielęgniarka Polska Nr 1

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 1

SOMMAIRE:

Administracja „Pielęgniarki Polskiej“ przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów,** podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . .“

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.

Rok IV. Styczeń 1932 Nr. 1.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

Urządzenia sanitarne w Poznaniu

Referat wygłoszony dnia 14 listopada 1931 r. w Poznaniu w 1 dniu VI. Zjazdu P. S. P. Z.

Gdzie się tworzą wielkie skupienia ludzkie, tam też niebezpieczeństwa dla zdrowia ludzkiego znacznie się wzmagają. Skupieniami takiemi są przedewszystkiem miasta, szczególnie wielkie. Jeżeli rozważymy, że w Polsce mamy 632 miasta, w tem cały szereg miast obejmujących ponad sto tysięcy mieszkańców, że w miastach mieszka ponad 25% ogólnej liczby ludności Państwa Polskiego, zrozumiemy, jak ważną rzeczą jest higjena miast, szczególnie higjena wielkich miast. To też nowoczesna nauka o mieście, t. zw. urbanistyka za jedno ze swych głównych zadań uważa higjenę, którą przy zakładaniu, a szczególnie przy rozbudowie miast stara się zapewnić specjalnemi wytycznemi w samym planie miast, zgodnie z postulatami naukowemi higjeny.

Zadaniem higjeny miasta, szczególnie wielkiego, jest takie jego zorganizowanie, by cztery walne czynniki niezbędne dla zdrowia ludzkiego: powietrze, światło, woda i żywność dochodziły jego mieszkańców w postaci jak najdoskonalszej ilościowo oraz jakościowo.

Organizacja miasta winna to dostarczanie nietylko zapewnić, lecz również czuwać nad tem, by usuwać jak najsprawniej, t. j. szybko i doszczętnie wszystko to, co tworzy się ujemnego i co wartość czterech wyżej wymienionych czynników mogłoby stale obniżać. Są to wszelkiego rodzaju wody ściekowe, dalej wszelkiego rodzaju odpadki, jak śmieci, padlina, nie wykluczając nawet zwłok ludzkich.

Urządzenia zatem higjeniczno - sanitarne szczególnie wielkich miast zmierzają w pierwszym rzędzie do zapobiegania chorobom bezpośrednio i pośrednio, w drugim dopiero rzędzie — do leczenia już powstałych chorób.

Te urządzenia zapobiegawcze podzielić możemy, na urządzenia o znaczeniu ogólnem, jak np. kanalizacja, ogrody i t. p., oraz specjalnem, jak instytucje przeciwgruźlicze i t. p.

Jeżeli się rozpatrzy na szerokiem tle tych postulatów higjeny wielkomiejskiej stosunki m. Poznania, trzeba zważyć w pierwszym rzędzie, że Poznań jest miastem bardzo starem, sięgającem historją swą niemal tysiąca lat, że zatem jest w wielkiej części budowany w czasach, gdy urbanistyka w znaczeniu nowoczesnem nie istniała. W starych więc dzielnicach należy dostosowywać urządzenia higjeniczno-sanitarne do już istniejącego stanu rzeczy, dla nowych — sporządzać plany rozbudowy już w zgodności z wymaganiami nowoczesnej urbanistyki, a więc i higjeny miejskiej.

O ile chodzi o wyżej wymienione urządzenia zapobiegawcze ogólne, to plan rozbudowy miasta Poznania, który jest obecnie opracowywany na zasadzie świeżo rozstrzygniętego publicznego konkursu, uwzględnia je w wysokim stopniu, a zwłaszcza pozostawia znaczne obszary niezabudowane, a zadrzewione, t. zw. kliny zieleni, które sięgają swem ostrzem możliwie w głąb starego miasta i umożliwiają dostęp świeżego powietrza do miasta.

Szerokość ulic, właściwy stosunek ich do wysokości domów, rozległość podwórz, system budowania nie zwartym sposobem i t. d., zapewniają w dalszym ciągu dostęp zarówno powietrza, jak światła.

Zapoczątkowany świeżo sposób stawiania wielkich domów czynszowych (róg ul. Szamarzewskiego i Alei Przybyszewskiego) w ten sposób, by okna wychodziły — bez względu na kierunek ulicy — nie na północ, jest dalszym wysiłkiem udostępnienia mieszkańcom powietrza i światła.

Ten sam cel — obok dogodności — ma na oku systematyczne rozszerzenie sieci światła elektrycznego, zarówno w mieszkaniach jak i w nowo powstających ulicach, zamiast nieraz dotąd stosowanego gazowego.

Stałe rozbudowywanie kanalizacji, która, poza niektóremi niedawno do miasta włączonemi gminami, obejmuje w zasadzie cały obszar miasta, usuwa wszelkie nieczystości i uwalnia mieszkańców od oddychania powietrzem w wyższym stopniu zanieczyszczonem. Wody ściekowe doprowadzane kanałami podziemnemi do t. zw. stacji pomp zostają dalej przepompowane ku peryferji miasta do t. zw. oczyszczalni ścieków (na Szelągu), skąd dopiero, po uwolnieniu od nieczystości stałych, w postaci płynnej spływają — w razie potrzeby po odkażeniu chemicznem do Warty.

Tę akcję usuwania wód nieczystych, akcję o tak wysokiem znaczeniu higjenicznem wspiera bezpośrednio jak najdoskonalsze brukowanie ulic zwartym a gładkim brukowcem, umożliwiającym spływanie łatwe wód ściekowych do kanałów podziemnych i uniemożliwiające ich wsiąkanie w grunt uliczny.

Równemu celowi służy dalej czyszczenie i zamiatanie ulic oraz skrapianie ich szczególnie w porze letniej przy pomocy od kilku lat zaprowadzonych wozów samochodowych.

Wielkie znaczenie z tego samego punktu widzenia ma zbudowana przed kilku laty znacznym kosztem spalarnia śmieci, która przy

pomocy wozów samochodowych za pośrednictwem t. zw. przeładowni śmieci, rozrzuconych w liczbie kilku po całem mieście, koncentruje wszelkie śmieci i spala. Jakkolwiek ze względów finansowych dotąd działalność jej nie obejmuje jeszcze całego miasta, to jednak z roku na rok zakres jej rośnie i w niezadługim czasie obejmie cały obszar miejski; zniesie się w ten sposób ostatecznie dawny niebezpieczny dla zdrowia sposób usuwania śmieci przez wywożenie ich na pola bliższe lub dalsze.

Ze stanowiska sanitarno-higjenicznego ma również wielkie znaczenie jak najlepsze zorganizowanie usuwania i grzebania zwłok ludzkich.

Dotychczasowe cmentarze parafjalne mają zostać zastąpione cmentarzem (ew. dwoma) centralnym. Konkurs publiczny, rozpisany dla takiego cmentarza na Junikowie dał podstawę do planu takiego cmentarza na zachodzie miasta Poznania. Realizacja jego, mimo że cmentarze parafjalne powoli się zapełniają, napotyka narazie na trudności finansowe.

Padlinę usuwają rakarze.

Liczne ustępy publiczne, zwłaszcza cały szereg ulicznych ustępów podziemnych, w ostatnich latach zbudowanych, ułatwiają usuwanie na drodze kanalizacji wydalin ludzkich.

W związku z kanalizacją stoją również — poza łazienkami bardzo licznemi mieszkań prywatnych — łaźnie publiczne, które rozrzucone po wszystkich głównych dzielnicach miasta, a zbudowane przeważnie za czasów polskich, umożliwiają szerokim kołom publiczności, za dostępną ceną, stałe oczyszczanie ciała.

Dopływ świeżego powietrza umożliwiają liczne parki i ogrody, boiska sportowe, dalej t. zw. ogródki działkowe, w których Poznań kroczy w pierwszych szeregach, mając ich na swym obszarze kilka tysięcy, rozrzuconych po całem mieście w osobnych kolonjach.

Zwrócić uwagę też wypada na pierwszy dzieciniec przy Drodze Dębińskiej, który służy jako plac zabaw codziennych dla dzieci, a również w czasie wakacyj szkolnych jako miejsce półkolonij, gdzie dzieci przebywają cały dzień pod dozorem nauczycieli i gdzie bywają dożywiane.

Podkreślić tu wypada również akcję zadrzewiania stałego ulic i placów, które jednak stosuje się w ten sposób, by zbyt rozległemi konarami drzew ulicznych nie odbierać równocześnie powietrza i światła mieszkańcom niżej położonych mieszkań.

Z tą całą sprawą ogrodów, parków i boisk związana jest akcja wychowania fizycznego, mająca tak wielkie znaczenie higjeniczne szczególniej dla młodego pokolenia. Całokształtem tej akcji kieruje Miejski Komitet Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego, którego przewodniczący jest równocześnie decernentem Wydziału Wychowania Fizycznego Magistratu. Ważnym krokiem naprzód było tu ustanowienie przez Magistrat w ostatnich latach miejskiego dyrektora Wychowania Fizycznego o specjalnem wykształceniu, który pod naczelnem kierownictwem wspomnianego decernenta Magistratu (lekarza) kieruje przedewszystkiem techniką całego wychowania fizycznego na terenie miasta. Wyrazem dążeń miasta w tym względzie jest zbudowanie w ostatnich latach nowoczesnego Stadjonu na Błoniach Wildeckich, gdzie odbywają się główne imprezy sportowe.

Sprawę dostarczania wody regulują wodociągi miejskie, które obsługują, po znacznem rozszerzeniu centrali i sieci wodociągowej za czasów polskich, cały obszar miasta, tak, że niema wogóle studzien i pomp.

O ile chodzi o dowóz środków żywnościowych, to dominujące znaczenie higjeniczne ma tutaj rzeźnia miejska (przy Tamie Garbarskiej), przez którą przechodzi wszelkie mięso. Wyłączanie chorego bydła, szczególnie badania stałe na włośnicę (trychinozę), przechowywanie mięsa w chłodnicach i zamrażalniach — oto gwarancja zdrowia mieszkańców w tej mierze.

Mleko pozostaje pod stałym nadzorem urzędowej kontroli, opartej o działalność Państwowego Zakładu badania środków spożywczych. Temu samemu nadzorowi podlegają środki spożywcze, szczególnie na targach publicznych.

Jeżeli teraz przejdziemy do higjeniczno-sanitarnych urządzeń zapobiegawczych specjalnych, to wymienić należy te urządzenia, które zwalczają przedewszystkiem pewne choroby, a szczególnie t. zw. choroby społeczne.

Główne miejsce zajmuje tu gruźlica.

Miasto jest podzielone terytorjalnie na trzy obwody, z których dla każdego czynna jest Miejska Stacja Opieki nad płucno-chorymi. (Nazwy „przeciwgruźlicza" unika się tendencyjnie). Stacje te stanowią w dwóch wypadkach część „Miejskiego Ośrodka Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej", t. j. centrali dzielnicowej, w której łączą się stacja opieki nad płucno-chorymi, nad matką i dzieckiem i kuchnia mleczna dla niemowląt.

Drugim bardzo ważnym czynnikiem w walce z gruźlicą jest na terenie miasta Poznania akcja szczepień przeciwgruźliczych u noworodków sposobem Calmette'a. Wykonuje je Klinika Chorób Dziecięcych U. P. przy finansowym współudziale miasta; dzieci szczepionych jest obecnie w Poznaniu przeszło trzy tysiące.

Przechodzimy do chorób młodzieży. Do urządzeń specjalnych zapobiegawczych w walce z chorobami społecznemi należą, o ile chodzi o niemowlęta, t. zw. stacje opieki nad matką i dzieckiem w połączeniu z miejskiemi kuchniami mlecznemi. Mamy ich w Poznaniu sześć, dwie umieszczone w „Ośrodkach Zdrowia i Opieki Społecznej", reszta rozrzucona jest po różnych dzielnicach miasta, tak, że miasto w tym względzie podzielone jest obecnie na sześć obwodów. W jednej ze stacyj czynny jest lekarz-ginekolog, mający pieczę nad ciężarnemi.

O ile chodzi o dzieci starsze, to opieką lekarską w duchu zapobiegawczym jest otoczona młodzież szkolna wszelkich, w zasadzie, szkół. W rządowych szkołach średnich utrzymuje lekarzy szkolnych rząd, w prywatnych — właściciele szkół, w powszechnych i wydziałowych — miasto. Lekarz nie leczy, lecz bada stan dzieci szkolnych, prowadzi przy pomocy higjenistek (liczba ich wynosi narazie tylko trzy) ewidencję, w razie potrzeby skierowuje chore dzieci do właściwych instytucyj leczniczych. Nadmienić wypada, że lekarze szkolni, angażowani przez miasto, nie są wyłącznie lekarzami szkolnymi, lecz są to praktycy, którzy obok swych zajęć zwykłych wykonują pracę lekarzy szkolnych jako zajęcie po-

boczne w pewnych zgóry ustalonych godzinach. Jest to system, który ma swe ujemne, lecz i dodatnie strony.

Opiekę nad uzębieniem dzieci szkół wydziałowych i powszechnych wykonuje „Szkolna Opieka Dentystyczna" pod kierownictwem lekarza-dentysty, który bada uzębienie dzieci wszystkich tych szkół kolejno, zwraca je do właściwych instancyj leczniczych, a w wypadkach braku pomocy skądinąd, wykonuje przy pomocy drugiego lekarza dentysty leczenie zębów bezpłatnie w szkolnem ambulatorjum dentystycznem, dla majętniejszych zaś dzieci po cenach przystępnych.

Uzupełnieniem opieki zdrowotnej nad dziećmi szkolnemi są regularne k ą p i e l e szkolne (większość szkół posiada własne natryski), d o ż y w i a n i e dzieci w szkołach, tworzenie kolonij i półkolonij w czasie wakacyj, oraz wszelkie gry, zabawy i gimnastyka na boiskach szkolnych i innych.

Analogicznie do wyżej wymienionych stacyj kieruje akcję w a l k i z j a g l i c ą „Miejska Stacja Opieki nad jagliczo chorymi", zorganizowana przy Klinice ocznej Uniwersytetu Poznańskiego.

Podobną opiekę roztacza nad a l k o h o l i k a m i i ich rodzinami „Miejska Stacja Opieki nad alkoholikami", umieszczona w Zakładzie Higjeny Uniwersytetu Poznańskiego.

Co do c h o r ó b w e n e r y c z n y c h, to nadzór nad prostytucją wykonuje policyjny lekarz specjalista przy Miejskim Urzędzie Bezpieczeństwa i Porządku Publicznego dzięki regularnym badaniom prostytutek, które w razie potrzeby zostają przekazane do leczenia Szpitalowi Miejskiemu. Akcję bezpłatnej walki z chorobami wenerycznemi wspiera w znacznej mierze poliklinika Uniwersytetu Poznańskiego w Szpitalu Miejskim. Koszta leków w razie potrzeby ponosi Miejski Wydział Zdrowia Publicznego.

O s t r e c h o r o b y z a k a ź n e (płonica, dury, błonica) i t. d. zwalcza się przy pomocy obowiązkowego ich zgłaszania oraz odkażania mieszkania, sprzętów domowych, odzieży i t. d. przez Miejski Zakład Dezynfekcyjny przy Szpitalu Miejskim. Odwszawianie wykonuje w razie potrzeby Miejska Odwszawialnia, a okresowem odszczurzaniem miasta kieruje Miejski Urząd Bezpieczeństwa i Porządku Publicznego przy pomocy fachowych organów.

Niedawno „Towarzystwo Eugeniczne" przy pomocy częściowej pomocy finansowej otworzyło „Lekarską Poradnię Przedślubną", mającą na celu wyłącznie chronienia przed wstąpieniem w związki małżeńskie osób chorych.

Nie należy też pominąć na tem miejscu dodatniej działalności o znaczeniu higjeniczno-sanitarnem, roztaczanej przez szereg instytucyj i stowarzyszeń społecznych, jak „Czerwony Krzyż", „Towarzystwo Kolonij Wakacyjnych Stella", „Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa" i inne.

Skoro przejdziemy zkolei do tych instytucyj, o charakterze sanitarnym, które już na celu mają wyraźnie l e c z n i c t w o, to wymienić należy w pierwszej linji szpitale ogólne: Publiczny Szpital Miejski, (przeszło 600 łóżek), szpital Przemienienia Pańskiego SS. Elżbietanek, SS. Djakonisek, Szpitale Kasy Chorych m. Poznania, szpital Kolejowy, wreszcie Szpital Wojskowy. Ogólna liczba łóżek cywilnych przekracza dwa tysiące.

Ze szpitali specjalnych wyliczyć należy: Wojewódzką Klinikę dla Kobiet, Zakład Ortopedyczny im. Gąsiorowskich oraz samodzielne kliniki Uniwersyteckie: oczną, neurologiczną, dziecięcą, dentystyczną oraz dla chorób nosa, gardła i uszu, przyczem wspomnieć wypada, że reszta klinik uniwersyteckich jest pomieszczona w części wyżej wymienionych szpitali, przedewszystkiem w Szpitalu Miejskim.

Mamy poza tem cały szereg poliklinik uniwersyteckich, dalej dwa pogotowia ratunkowe: Związku Lekarzy i im. Marsz. Piłsudskiego, obydwa subwencjonowane przez miasto. Służą one lekarskiej doraźnej pomocy nagłej.

Wielkie znaczenie mają oczywiście dla strony leczniczej wszelkie ubezpieczenia, z pośród których dominujące stanowisko zajmuje Kasa Chorych m. Poznania.

Nie wspominam szerzej o ubezpieczeniach prywatnych i lekarzach prywatnych.

Ubogim miejskim, których liczba, w miarę wzrostu bezrobocia, stale się wzmaga, dostarcza bezpłatnej pomocy lekarskiej „Miejska Opieka Społeczna“ za pośrednictwem lekarzy obwodowych, opłacanych jednostkowo przez Magistrat.

Pomocniczą działalność wykonują tu obwodowe siostry miejskie, które nawiązują łączność między ubogimi i ich rodzinami, a władzami miejskiemi.

Nad całokształtem strony sanitarnej miasta czuwa w zasadzie w granicach swej kompetencji Wydział Zdrowia Publicznego Magistratu miasta Poznania.

Naczelny Lekarz Miejski, który nim kieruje, prowadzi, w charakterze rządowego lekarza powiatowego, nadzór sanitarny, z ramienia zaś samorządu administruje urządzeniami sanitarnemi, należącemi do Magistratu i organizuje je.

Dr M. Tadeusz Szulc
Naczelny Lekarz m. stoł. Poznania

Odżywianie w chorobie

(Ciąg dalszy)

Odżywianie w chorobach jelit

Dieta odgrywa równie ważną rolę w chorobach jelit, jak i w żołądkowych. W wielu chorobach, jak przy biegunce, katarze kiszek, wyleczenie zależy głównie od diety.

Procesy trawienia w jelitach są bardzo skomplikowane i dlatego strawność pokarmów w tej części przewodu pokarmowego trudniej określić. Rubner i inni wykazali, że są pewne formy pokarmów, zawierające dużą ilość białka, ale ich wchłanianie jest tak małe, że ich pożywność jest znacznie mniejsza, niż np. innych, zawierających mniej białka. Tak np. groch zawiera stosunkowo więcej białka (7%), niż mleko (3.3%), ale znacznie mniej białka organizm absorbuje t. j. wchłania w jelitach w pierwszym wypadku niż w drugim. Stopień wchłaniania się pokarmów zależy również od sposobu przyrządzania. Np. warzywa, a szczególnie groszek przetarty znacznie więcej da białka organizmowi, niż spożyty

w całości. Strawność i stopień wchlaniania się pokarmów zależne są zresztą od indywidualnych własności organizmu i z tem należy się zawsze liczyć.

Boas (Zeitschr. f. Biologie XV. s. 115) wypowiada opinję swoją o diecie w chorobach kiszkowych:

1. W wielu chorobach jelit nie należy raptownie zmieniać diety, gdyż to może zaszkodzić, zamiast pomóc.

2. W pewnych wypadkach należy stosować specjalne dietetyczne ograniczenia, ale niech ich będzie jak najmniej.

3. W innych wypadkach jest wskazana obfita, normalna, mieszana dieta.

4. Celem dietetycznej kuracji jest doprowadzenie do tego, ażeby zwykła, normalna dieta nie sprowadzała żadnych zaburzeń w trawieniu.

Zależnie od tego, jaki efekt wywierają pokarmy na perystaltykę, można je podzielić na 3 grupy:

1) pokarmy sprowadzające obstrukcję,
2) sprowadzające rozstrój,
3) obojętne.

Do I. kategorji należą pokarmy, zawierające składniki ściągające, takie jak np. tanina. Znajduje się ona w czerwonem winie, kakao, herbacie. Ryż, tapioka, kasze jęczmienne, makaron i ziemniaki wywołują u niektórych osób obstrukcję.

Do pokarmów pobudzających wypróżnienia należą owoce i pewne warzywa, szczególnie kapusta, ogórki, pomidory, mleko kwaśne, piwo i wody gazowe.

Do trzeciej grupy należą pokarmy, nie wywołujące obfitych wypróżnień, t. j. mięso, ryby, jaja, chleb czerstwy, grzanki. Trzeba jednak pamiętać, że pewne pokarmy, które wywołują obstrukcję u pewnych osób, u innych mogą dawać efekt wprost przeciwny. W bardzo ciężkich zaburzeniach jelitowych trzeba wprowadzać odżywianie *per rectum*, o czem powiemy gdzie indziej. Pielęgniarki stosują ten sposób według wskazówek, zdobytych w szkole.

Dla określenia diety pacjentów, którzy mają zaburzenia jelitowe, trzeba oznaczyć fizjologiczną aktywność jelit zapomocą t. zw. diety Szmidta. Jego metoda badania kału daje możność oznaczenia, który ze składników w diecie jest źle strawiony i czy w jelitach przeważa proces fermentacji węglowodanów, czy też gnicie białka. W ten sposób można zmienić dietę tak, aby zapobiec rozwojowi bakteryj, które są niepożądane. Szczegółowo rozważać będę dietę Szmidta w specjalnym artykule: „Dieta jako środek stawiania diagnozy". Herter i Kendall zauważyli, że dużą zmianę we florze jelit (rodzaju bakteryj) wprowadza zmiana diety i orzekli, że podczas zaburzeń w jelitach, gdy rozwijają się niepożądane bakterje na węglowodanach i na białku, wskazane są c z ę s t e zmiany w diecie. A więc przez zastąpienie w diecie mięsa i jaj przez mleko i cukier zawsze osiągano zmniejszenie się bakteryj gnilnych. Hull i Retiger wykazali, że mleko zawdzięcza swój dobroczynny wpływ antygnilny zawartości laktozy (cukru mlecznego). Gdy się przyjmuje laktozę wraz z innemi pokarmami (dodatek do płynów), a szczególnie pod wpływem mleka — flora ulega zmianie.

Dieta przeciwgnilna

Najważniejszym pokarmem, zawierającym białko, a jednak działającym przeciwgnilnie, jest mleko. Mleko posiada wysoką wartość odżywczą i jest bardzo łatwo asymilowane. Jeżeli sprowadza niestrawność, zwłaszcza u niektórych osób (właściwość indywidualna), można ją usunąć przez dodanie do mleka kleiku, wody Vichy. Podczas kataru kiszek lub przy pewnych owrzodzeniach jelit, stosowanie mleka musi być bardzo ostrożne. Niektórym mleko słodkie nie służy, zaś jogurt lub kefir znoszą doskonale. Ważnym również składnikiem pokarmowym, powstrzymującym procesy gnicia w jelitach jest żelatyna, a więc wskazane są galaretki wszelkie z żelatyną, szczególnie zawierające cytrynę. Poza tem kleiki bardzo rozcieńczone i herbata z laktozą (cukier mleczny). Gdy pacjent powraca do zdrowia, można potrochu dodawać sucharków, chleba czerstwego, masła świeżego, wreszcie kaszki dobrze rozgotowanej, podanych ze śmietanką lub mlekiem. Cukier lepiej dawać w małych ilościach z laktozą t. j. cukrem mlecznym. Potrochu można dawać przecierane jarzyny i owoce. Jaja wprowadzać z wielką ostrożnością, gdyż naogół osobom skłonnym do procesów gnilnych nie służą. Stopniowo można wprowadzać białe mięso w bardzo małych ilościach i unikać pokarmów ciężko strawnych — przez dłuższy czas.

Dieta przeciwfermentacyjna polega na usunięciu pokarmów powodujących fermentację w przewodzie pokarmowym. Fermentacja objawia się najczęściej bólami brzucha skutkiem gazów i wzdęciem, zdarza się to przy chronicznym katarze kiszek. Kał ma zapach kwasu, konsystencję luźną, gąbkowatą lub półpłynną. Przedewszystkiem należy zmniejszyć ilość pokarmów węglowodanowych. Z początku dieta zawierać powinna czysty rosół, suche grzanki t. zw. glutenowe (z mąki glutenowej, dawanej przy cukrzycy). Soki z owoców (pomarańczy). Bardzo rozcieńczony kleik z żółtkiem. Wreszcie białe mięso, masło, twarożek świeży. Mleko należy dawać ostrożnie, gdyż może ono powiększyć procesy fermentacyjne.

Wpływ głodówki na florę jelit

Podczas zaburzeń przewodu pokarmowego niejednokrotnie stosują głodówkę. Według wyników doświadczeń nad zwierzętami, należy przypuszczać, że po 24-godzinnej głodówce ginie większość bakteryj w przewodzie pokarmowym. Najwięcej ginie ich w dwunastnicy, potem w jelitach cienkich, bardzo dużo jednak mikroorganizmów znajduje się w grubem jelicie. Ilość bakteryj zależy jednak od r e s z t e k pożywienia, które ostatnio zostało przyjęte. W każdym razie głodówka 1—2-dniowa jest zasadniczo lepszem odkażeniem przewodu pokarmowego, niż jakiekolwiek środki apteczne antyseptyczne.

Dieta podczas dyspepsji jelitowej powinna się odznaczać wielką dokładnością w dostarczaniu małych, przepisanych przez lekarza, porcyj w bardzo regularnych odstępach czasu. Z początku dieta płynna: słaba herbata, mleko peptonizowane, buljon; po kilku dniach móżdżek, jaja na miękko, pieczone kartofle, purée ze szpinaku i przecierane owoce. Potem lekko strawne i skoncentrowane pokarmy jak budynie z kaszek, mleczka zapiekane, purée z różnych warzyw. Pacjent musi unikać: zup zaprawianych, potraw smażonych, wątróbki, tłustych mięs, konserw, ostrych przypraw, wędlin, kapusty, kalafiorów, ogórków, tłustych sosów

i deserów, lodów i zbyt zimnych potraw, mocnej kawy i herbaty, zbyt słodkich pokarmów, wina i wogóle alkoholu.

Dieta przy ostrym katarze jelit

Podobnie jak przy ostrym katarze żołądka dieta jest tu najważniejszym czynnikiem kuracji. Pacjent powinien leżeć w łóżku. Po dokładnem przeczyszczeniu jelit, trzeba stosować dietę płynną: najpierw czyste rosoły, potem z żółtkiem; rozcieńczone kleiki, lekka kawa i herbata, kakao na wodzie z żółtkiem — oto wszystko na przeciąg pierwszych kilku dni. Mleko zasadniczo nie jest wskazane. Podczas pragnienia woda Vichy w bardzo małych ilościach, lub małe kawałki lodu wzięte do ust. Gdy już niema bólów, można podawać grzanki, rozgotowane kurczę, jaja na miękko, purée z ziemniaków, rozgotowany ryż. Owoców nie należy dawać; tłuste i kwaśne pokarmy są wyłączone z diety.

Dieta przy chronicznym katarze jelit zależy od warunków w jakich się formuje kał. Warunki te są następujące: 1) Wypadki obstrukcji. Wypróżnienia następują jedynie raz na 2, 3 lub nawet 4 dni, czasem jedynie przy pomocy środków przeczyszczających. Konsystencja wypróżnień jest zbita i twarda. Przyczyna obstrukcji jest tu zmniejszona aktywność automatycznego nerwowego aparatu w jelitach, jako rezultatu kataru ich. 2) Wypadki, w których obstrukcja i biegunka następują naprzemian. Przez 2—3 dni może być jedno wypróżnienie o zbitej, twardej konsystencji, potem w ciagu dni następnych 4—6 wypróżnień dziennie, papkowate, mieszane ze śluzem, towarzyszą przy tem silne bóle; potem obstrukcje znowu.

Kuracja chronicznego kataru jelit obejmuje zarówno zwalczanie chronicznej obstrukcji, jak i biegunki. Dieta powinna być mieszana, zawierająca te substancje, które podniecają perystaltykę i umiarkowanie ją regulują. Takie środki ściągające jak kakao, czekolada, herbata, czerwone wino, ryż, kleiki trzeba usunąć. Następujących pokarmów powinno się używać podczas chronicznej obstrukcji: chleb Grahama, lub inny pszenno-razowy, owoce na czczo, maślanka, kefir lub jogurth, sałatki, piwo, miód do chleba, czasem kawior. Cukier, a szczególnie cukier mleczny, ma tendencję regulowania jelitowej perystaltyki. Woda na czczo ciepła lub zimna jest również pożądana, jako regulator perystaltyki. Przy chronicznej biegunce pacjent musi leżeć w łóżku i być na bardzo ścisłej diecie. Okres leżenia zależy od stopnia nasilenia choroby. Przeciętnie kilka tygodni wystarczy. Wszelkie zimne napoje, owoce, kapusta, sałaty są zabronione nawet w małych ilościach. Najodpowiedniejszym jest rosół z rozgotowanym osobno ryżem, kaszka lub tapioka. Jaja na miękko, rozgotowane kurczę, ryba gotowana, grzanki, chleb czerstwy, pieczone ziemniaki, kawa, herbata, mleko, o ile je dany osobnik znosi, kakao, wino.

O ile są szybkie przejścia ataków biegunki i obstrukcji należy zastosowywać prócz zmian w diecie i wody mineralne. A więc w przypadkach połączonych z obstrukcją należy stosować Marienbad, przy biegunce — Karlsbad i Vichy.

Dieta podczas czerwonki jest bardzo zbliżona do powyżej wyznaczonej przy ostrym katarze jelit. Pacjent musi leżeć w łóżku i przez czas jakiś być jedynie na diecie płynnej. Buljon, rosół, herbata, rozbite dobrze bardzo świeże jaja, potem ryż rozgotowany z mlekiem, kleiki, tapioka.

Dieta na wrzody w jelitach. Dieta na wrzód w dwunastnicy polega na tych samych wytycznych, co przy wrzodzie w żołądku. W bardzo ciężkich wypadkach należy stosować odżywianie *per rectum* przez 1—2 tyg. Naogól lekarze u nas najczęściej stosują dietę Sippiego (patrz dieta przy wrzodzie żołądka).

Dieta w innych formach owrzodzeń kiszkowych. Poza wrzodem w dwunastnicy, mogą być owrzodzenia jelit na tle gruźlicy, syfilisu. W każdym razie dieta na wrzody w jelitach musi być bardzo łatwo strawna i pozbawiona substancji irytujących. Pokarmy, które można dawać są: mleko, jaja, ryż, kaszki, rosół nietłusty, rozgotowane kurczę, pieczone ziemniaki lub purée z żółtkiem, herbata, kakao, grzanki, sucharki i biszkopciki.

Marja Morzkowska, Mag. dietetyki

Parę słów o ćwiczeniach cielesnych

Ponieważ jednem z zadań pielęgniarki jest szerzenie zasad higjeny, praca w dziedzinie profilaktyki — musi się ona spotykać z zagadnieniem wychowania fizycznego, które w dobie obecnej jest jednym z potężnych czynników zdrowotno-wychowawczych, hartującym ciało i ducha, a które często nawet staje się czynnikiem leczniczym.

Nie od rzeczy więc będzie wspomnieć w paru słowach o systemach gimnastyki, z jakiemi się spotykamy i o nowych prądach w dziedzinie zastosowania ćwiczeń u młodzieży szkolnej.

Nowy sposób ujęcia gimnastyki, z którą się dziś spotykamy, naturalnie z pewnemi modyfikacjami, jakim uległa na drodze ewolucji pojęć ostatniego stulecia. sięga czasów, kiedy ludzie tej miary co Kamieński (pedagog czeski), Locke (lekarz i filozof angielski), Rousseau (Szwajcar) walczyli w obronie ćwiczeń cielesnych i w obronie wprowadzania tych ćwiczeń do szkół.

W Niemczech Gutznuths (XVIII wiek) pisze „Gimnastykę dla młodzieży“ i „Gry dla ćwiczenia i odpoczynku ciała i duszy“, w Danji Nachtigal zakłada pierwszy w świecie wojskowy, a potem cywilny instytut gimnastyczny, Szwajcar Pestalozzi (pierwsze lata XIX w.) jest twórcą zbiorów ćwiczeń prostych, przygotowawczych, ćwiczących systematycznie poszczególne stawy i mięśnie.

Pionierzy ci położyli fundamenty, na których ugruntowały się potężne gmachy trzech systemów gimnastycznych:

1) angielskiego
2) niemieckiego
3) szwedzkiego.

Na wyspach brytyjskich możność pozostawiania wolnych przestrzeni w miastach, wobec bezpieczeństwa przed wrogiem, ze względu na położenie geograficzne, klimat, mieszaninę ras i t. d., sprzyjały zachowaniu tradycyj dawnych gier i zabaw, które poparte szeregiem powag (Locke, Herbert Spencer) wchodzą w skład programów szkolnych, przyczem są one tak ściśle spojone z programem nauczania, że każdy trymestr w szkołach stanowi zarazem odrębny sezon sportowy, kończący się rozgrywkami wewnętrznemi, a często nawet międzyszkolnemi. Siłą rzeczy więc gry i sport przeważają w wychowaniu fizycznem Anglji, gdzie gimnastyka jest traktowana, jako środek pomocniczy.

W Niemczech propagatorem wychowania fizycznego jest Fryderyk Ludwik Jahn, który do haseł politycznych odrodzenia Niemiec po okupacji Napoleońskiej wciela hasło odrodzenia fizycznego narodu. Zakłada on boiska publiczne pod Berlinem, organizuje stowarzyszenia patrjotyczne, których członkowie uprawiają ćwiczenia cielesne parę razy w tygodniu po parę godzin dziennie; zczasem gimnastyka ta przenosi się do hal gimnastycznych, a ćwiczenia na świeżem powietrzu zostają zaniedbane. Gimnastyka ta polega na wykonywaniu całego szeregu ćwiczeń na przyrządach bez określonego zgóry planu z pozostawieniem dużej swobody młodzieży w sposobach, jakiemi dochodzą do sprawności, przyczem przyrządy, które początkowo były uproszczonemi schematycznemi modelami przeszkód spotykanych w życiu codziennem (płot, rów i t. d.) zostają przez twórcę systemu przekształcone na coraz to bardziej sztuczne (kółka, drążki, poręcze i t. d.).

Ma to na celu drogę utrudniania ćwiczeń, wyrobienie zręczności, odwagi i siły u ćwiczących, oraz wzbudzanie podziwu u widzów dla niezwykłych wyczynów na niezwykłych przyrządach.

Ćwiczenia te dały wyniki dodatnie w sensie wzbudzenia zainteresowania dla ćwiczeń i podniesienia wartości bojowej młodzieży.

Zakładanie towarzystw i związków przez Jahna odbiło się echem w całej Europie i za przykładem Niemiec poszły Szwajcarja, Danja, Czechy (sokolstwo) i t. d.

W tym samym mniej więcej czasie, w Szwecji, genjalny nauczyciel gimnastyki Piotr Ling tworzy swój system, oparty na studjach anatomicznych, przyczem, będąc sam chorym i doznając ulgi przy ćwiczeniach, tworzy ćwiczenia dla organizmów zdrowych i chorych, wplatając do gimnastyki zwykłej gimnastykę leczniczą. Gimnastyka tego systemu ma na celu przećwiczenie całego organizmu, wszystkich mięśni równomiernie; ćwiczenia te są proste, oparte na fizjologji narządu ruchu z pominięciem przyrządów skomplikowanych, charakteryzujących system niemiecki, a z stworzeniem przyrządów prostych, jak drabinka szwedzka, ławeczka i równoważnia.

Dzieło ugruntowania tego systemu prowadzi dalej syn Piotra Linga, Hjalmar, który doprowadza w latach 60-ych zeszłego stulecia gimnastykę wychowawczą do tego stopnia doskonałości, że zdobywa ona prawie wszystkie kraje, często wypierając tam inne systemy.

Dla uzupełnienia zarysu systemów ćwiczeń cielesnych, przypomnieć należy o gimnastyce francuskiej, która walczy zacięcie o utworzenie własnego systemu narodowego, o którym jednak nic określonego powiedzieć nie można; kongres w 1913 r. w Paryżu nie powziął żadnej decyzji w sprawie „systemu naturalnego“ Herberta. W systemie tym twórca dał zlepek ćwiczeń, które mają na celu nie przećwiczenie całego ciała, lecz przystosowanie się do pokonywania jakichś przeszkód, a więc: bieg, łażenie po drzewach, przełażenie parkanów, obrona, walka, siłactwo i t. d. Przyczem nie zostały tu uwzględnione różnice płci, wieku, ani stopniowania ćwiczeń co do natężenia. Drugim Francuzem, który zwrócił na siebie uwagę jest Demeny; najciekawszym postulatem jego jest wymaganie od ćwiczenia ruchu zaokrąglonego, ciągłego, opartego na prawie mechaniki ruchu, stwierdzającego mniejsze zmęczenie mięśni przy ruchu w kierunku krzywym, zaokrąglonym, wchodzącym w siebie, jak to jest

w elipsie, w kole, w ósemce, gdyż oszczędzamy przy tych ruchach energję potrzebną do pokonania oporu przy zmianie kierunku ruchu.

Wszystkie te systemy wobec nowych poglądów w pedagogice i nowych badań w dziedzinie fizjologji eksperymentalnej, wobec czasu i życia samego, które stawia coraz to nowe żądania — musza ulegać ewolucji. W każdym z tych systemów wykrywamy coraz więcej cech oddalających od ideału poszukiwanego, rozwiązującego najlepiej wszystkie zagadnienia związane z wychowaniem fizycznem.

Angielski system, bogaty w ćwiczenia na powietrzu, cechuje zbyt silnie rozwinięte współzawodnictwo, co zniechęca słabsze jednostki do brania udziału w grach i ćwiczeniach, brak ścisłej kontroli stopnia zmeczenia i brak systematyczności w rozwijaniu planowem całego organizmu.

W systemie niemieckim uderza ogromna ilość przyrzadów, nie mających żadnego zastosowania życiowego, a na których wykonywane ćwiczenia mają charakter popisowy, akrobatyczny, przytem zmuszają one organizm do przystosowywania się do przyrządów, zniekształcając zupełnie celowość takich ćwiczeń.

Postęp w tej dziedzinie przejawia się bardzo silnem przesiąkaniem systemu niemieckiego przez system ćwiczeń szwedzkich i zasady angielskie (boiska, powietrze, gry i sport) a ostatnio cały szereg reformatorów jak Laham, Rode i inni poprawiają i ulepszają system Jahna, tworząc gimnastykę nowoniemiecką.

Względnie zwycięsko ze wszystkich tych prób wychodzi system szwedzki. I ten system posiada błędy (zbytnie zmechanizowanie ćwiczeń, brak swobody ruchu, brak radości w czasie zajęć, sprowadzanie gimnastyki do bezdusznych i sztywnych ruchów), lecz doskonali on się w rękach takich reformatorów jak Ellin Falk (gimnastyka dla dzieci), Björksten i Aghet Bertram (gimnastyka dla kobiet) oraz Bukh, Lindhard i Thulin.

Jak więc widzimy, żaden z tych systemów nie jest zadowalający. Dlatego gimnastyka najnowsza stosowana obecnie prawie we wszystkich państwach, poza przewagą tego czy innego lokalnego zabarwienia, oparta jest na zasadzie eklektyzmu, czyli wybieraniu najlepszych stron każdego systemu. Przez to tworzy się coraz bardziej udany zbiór ćwiczeń, może coraz mniej zabarwiony cechami narodowościowemi, ale coraz bliższy wymaganiom stawianym przez czynniki naukowe i zdrowotne.

Gimnastyka obecnie stosowana uwzględnia płeć, wiek — i to bardzo szczegółowo, dzieląc dzieci od 6-ciu lat do 16—18 na kilka grup — uwzględnia natężenie ćwiczeń, przestrzegając ich stopniowania, by odpowiadały krzywej podnoszącej się stopniowo (w swem natężeniu) i potem opadającej, uwzglednia właściwości duchowe wieku, system nerwowy, wiek dojrzewania płciowego i t. d.

Pomimo jednak uwzględniania przeciętnego poziomu danego wieku młodzieży oraz przecietnej sprawności klasy czy grupy ćwiczącej, spotykamy się zawsze w większem środowisku z jednostkami, które z tych, czy innych względów nie mogą dorównać pozostałym kolegom i koleżankom. Dzieci te, upośledzone fizycznie, potrzebujące specjalnych ćwiczeń, by poprawić swe braki, mają tych ćwiczeń najmniej, gdyż, nie mogąc wykonywać ćwiczeń z pozostałą grupą, zostają w tyle, zniechęcając się do ćwiczeń, aż wreszcie chętnie nie ćwiczą wcale, podpierając ściany podczas lekcji.

Sprawa tych dzieci zajmuje obecnie bardzo żywo nietylko pedagogów z dziedziny wychowania fizycznego, ale i lekarzy, przyczem początek tego ruchu wyszedł z Niemiec.

Żywe dyskusje na ten temat zawdzięczają swe powstanie dwu czynnikom: 1) wykryciu przez lekarzy szkolnych, którym została powierzona opieka nad młodzieżą bardzo dużego odsetka skrzywień i wad postawy, co zostało przypisane prawie wyłącznie wpływom warunków pracy dzieci w szkole (głośne debaty na temat ławek) oraz 2) wadliwym formom ćwiczeń, które nietylko nie poprawiały błędów, lecz pogarszały ten stan.

Właśnie system niemiecki najmniej uwzględnia dobrą postawę i harmonijny rozwój ciała; ten system, w którym ćwiczenia na przyrządach nietylko nie mogły należycie rozwinąć młodzieży wątłej, ale wręcz przeciwnie wywołały cały szereg deformacyj.

Kładąc największy nacisk na ćwiczenia kończyn górnych, zaniedbują one zupełnie dolną część ciała, rozwijając nieraz monstrualnie mięśnie górnej części klatki piersiowej. Mięśnie piersiowe rozwijają się nadmiernie, a ponieważ największą siłę mięśnie wykazują w stanie skurczu, przykurczają się one na stałe, powodując przesunięcie barków do przodu, mięśnie unieruchamiające staw barkowy wiotczeją, natomiast mięśnie ściągające łopatki rozciągają się nadmiernie, łopatki coraz bardziej odstają, plecy stają się okrągłe i wypukłe. Prócz tego ćwiczenia te są bardzo złożone, zawiłe, wymagajace dużego wysiłku, wywołują zaburzenia w systemie oddechowym, męczą układ krwionośny, szczególnie przy ćwiczeniach wykonywanych głową wdół, powodując przekrwienie mózgu i złe samopoczucie wskutek zmiany warunków krążenia. Wśród dzieci więc rozróżniono zdrowe i słabsze z wadliwą postawą, które nietylko nie poprawiają swych wad, ale nabywaja nowych.

Dla dzieci więc z wadami układu ruchowego zostaje przy szkole zorganizowana gimnastyka ortopedyczna poraz pierwszy w Wiesbaden w r. 1896.

Akcja tworzenia specjalnych kursów gimnastyki ortopedycznej przy szkole przechodziła różne fazy w miarę ewolucji poglądów na powstawanie skrzywień, w miarę przeprowadzania badań stwierdzających, że wady postawy i zaburzenia w narzadach ruchu są objawem nie zawsze tej samej przyczyny, w miarę przekonywania się, że zaburzenia narządów ruchu wymagają często specjalnych przyrządów, fachowców — „ortopedyczne szkolne ćwiczenia“ przechodzą do historji wychowania fizycznego.

Razem z zanikaniem tych ćwiczeń upada podział dzieci na zdrowe i wymagające ćwiczeń ortopedycznych, natomiast spotykamy się z podziałem zwolenników ćwiczeń dla wszystkich bez wyjątku dzieci, lecz odpowiednio dostosowanych do ich zdrowia. W podziale tym uwzględniono następujące grupy:

1) Dzieci zdrowe — gimnastyka zwykla.
2) Dzieci słabe, wymagające opieki lekarskiej, ćwiczeń dostosowanych do stanu ich zdrowia:
   a) z zaburzeniami psychicznemi,
   b) z zaburzeniami zmysłów (niewidome, głuche),
   c) wątłe — rekonwalescenci,
   d) astenicy — z wątłą budową, małem sercem i t. d.,
   e) z zaburzeniami nerwowemi,

f) zanadto wyrośnięte (źle się trzymające),
g) z zupełnie wyleczoną gruźlicą stawową.

3) Dzieci chore — wymagające ściśle leczniczej gimnastyki, prowadzonej przez lekarza, bądź pod stałą opieką lekarza:
a) chore na płuca i serce,
b) z porażeniami,
c) z płaskostopiem,
d) ze zmianami kostnemi (postawa, wady ortopedyczne).

Dla dzieci z grupy drugiej projektowane jest, a nawet częściowo w Niemczech już zrealizowane prowadzenie w szkołach specjalnych godzin ćwiczeń, które traktowane jako pomocnicze, dałyby możność dzieciom słabszym po pewnym czasie dorównać rówieśnikom i brać znowu udział w ćwiczeniach dzieci zdrowych.

Dzieci z trzeciej grupy wymagają ćwiczeń prowadzonych w specjalnych zakładach lub ośrodkach przez samych lekarzy lub pod stałym dozorem lekarzy, jest to więc już dziedzina gimnastyki leczniczej.

Przy takim podziale dzieci, przy organizowaniu specjalnych godzin, nie będzie dzieci pozbawionych dobrodziejstwa działania ćwiczeń cielesnych, każde dziecko będzie miało możność uprawiania gimnastyki dostosowanej do jego ustroju, będzie miało możność poprawienia swych wad i osiągnięcia maximum korzyści z godziny takiej gimnastyki.

W dziedzinie tej dla kobiet, a szczególniej pielęgniarek, tworzy się nowe pole pracy, tak jak to jest w Niemczech. Ponieważ lekarzowi samemu z przyczyn technicznych bardzo trudno jest prowadzić ćwiczenia, posługuje się on personelem wykwalifikowanym w tym kierunku, tak zwanemi pomocnicami lekarskiemi, kończącemi specjalny kurs półtoraroczny, na którym zapoznają się przez pół roku z zasadami gimnastyki zwykłej, przez pół roku z masażem i przez pół roku z gimnastyką lecznicza. Prócz pielęgniarek, kursa takie kończą też nauczycielki wychowania fizycznego. Absolwentki tych kursów prowadzą ćwiczenia dodatkowe w szkołach oraz gimnastykę leczniczą w ośrodkach, a również dla osób pozostających pod obserwacją lekarzy w praktyce prywatnej.

Prawda, że w obecnych warunkach kryzysu ogólnoświatowego zrealizowanie sprawy tworzenia pomocniczych ćwiczeń gimnastyki dla dziatwy słabszej i chorej w Polsce, jak i gdzieindziej, pozostaje w dziedzinie zbożnych życzeń, jednak sprawa ta jest tak ważna, że nie traci aktualności nawet w tej chwili, gdy musi być z powodu nieprzychylnych warunków na jakiś czas odłożona. (C. d. n.)

Dr Jadwiga Titzówna

Pielęgniarstwo zagranicą

FRANCJA

Szpital w Beaune.

Szpital (*„Hôtel — Dieu“*) w Beaune w Burgundji znają wszyscy, interesujący się zabytkami sztuki Francji. Został wzniesiony w XV. wieku. Pacjent w nim chorujący zapomina o cierpieniu pod wpływem otaczającego piękna: starej posadzki, zdobnej w godła rycerzy, oplecionych różami okien, barwnych fresków, wznoszących się na 15 metrów, ostrołukowych sklepień. Przeszłość i przyszłość są tu harmonijnie splecione; dobudowane sale szpitalne odpowiadają przytem nowoczesnym wymaganiom, mimo to nigdzie przeszłość nie jest tak żywa. Pięciowieczna reguła wymaga od zakonnic pięcioletniej praktyki, obecnie otrzymują one dyplom państwowy. W nauce

pielęgniarstwa jest tam pewne specjalne stopniowanie. Pierwszy okres to rodzaj wtajemniczania się w atmosferę Szpitala i praca przy ozdrowieńcach. Następują zajęcia na sali chorych wewnętrznie i zapoznanie się z zabiegami i ścisłem pielęgnowaniem, potem praca na oddziale chirurgicznym męskim i kobiecym. To wszystko wykonuje „postulantka", a dopiero będąc w nowicjacie siostry praktykują na sali operacyjnej, w diatermji i t. d., następnie na oddziale położniczym i zakaźnym. Farmakologji uczą się w aptece szpitalnej, prowadzonej przez jedną z sióstr, która ukończyła farmakologję. Wykłady teoretyczne mają miejsce co tydzień, przyczem główny nacisk położony jest na wykłady kliniczne, przy chorym. Ostatnio Zarząd Szpitala uzyskał od Min. Zdrowia pozwolenie na otwarcie szkoły dla zakonnic i świeckich.

Siostra Jacques, przełożona szpitala. (Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski Nr. 3, 1931)

NIEMCY

Szkolenie pielęgniarek dziecięcych w Niemczech.

Zawód pielęgniarek dziecięcych powstał w Drcźnie, w szkole stworzonej przez prof. Schlosmanna w r. 1900. W roku 1912 powstał Instytut Augusty Wiktorji w Berlinie, przygotowujący pielęgniarki dziecięce dla użytku instytucyj oraz domów prywatnych. Przygotowują się one również i w innych szkołach. W r. 1923 ustawa przedłużyła czas trwania kursów szkolnych do 2 lat. Trzeba więc rozróżnić szkoły roczne, w których kształcą się jedynie opiekunki dzieci w domach prywatnych — od szkół dwuletnich. Pierwsze uczą pielęgnowania zdrowego niemowlęcia, podczas gdy drugie przygotowują do pracy w szpitalach dziecięcych. W tych ostatnich minimum łóżek, przypadających na jedną uczennicę, określone jest na cztery łóżka. Istnieje koło 150 takich szkół w Niemczech.

Antonina Zerner. (Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski. Nr. 3. 1931).

STANY ZJEDNOCZONE

Pielęgniarki „na godziny".

W Stanach Zjednoczonych jest obecnie trzydzieści siedm stowarzyszeń, dostarczających pielęgniarek „na godziny", t. j. pielęgnujących chorych po parę godzin dziennie. Chorzy im powierzeni są bardzo zadowoleni z tego systemu. W Chicago specjalna komisja, zajmująca się temi stowarzyszeniami ustaliła regulamin następujący: pielęgniarka otrzymuje zlecenie bezpośrednio od lekarza bądź piśmiennie, bądź ustnie i nigdy nie podejmuje się pielęgnowania bez zlecenia lekarskiego. Przy łóżku pacjenta ogranicza się do ścisłego pielęgnowania i do najprostszych zabiegów. Komitet, złożony z lekarzy zajmuje się popularyzowaniem tego systemu, informuje o nim stowarzyszenia lekarskie i personel szpitali. Publiczność zna go z ogłoszeń w dziennikach, w hotelach, w parafjach, ze specjalnych broszur, wkońcu dowiaduje się o nim za pośrednictwem radja. Stowarzyszenie obejmuje pielęgniarki dyplomowane. Dwie z nich pracują regularnie 8 godzin dziennie i mają stałe wynagrodzenie. Inne pielęgniarki pracują niestale, zależnie od wezwania do domu chorego. Za pierwszą godzinę pracy wynagrodzenie ich wynosi dwa dolary, za godziny następne — 1 dolara. Pielęgniarki nie noszą munduru, jedynie fartuch przy łóżku chorego. Fakt, że nie chodzą w mundurach i że walizka ich, którą noszą z sobą, nie zdradza ich zawodu, zjednuje im wielu pacjentów. Dzięki ścisłemu rozkładowi dnia, ułożonemu przez stowarzyszenie, można w każdej chwili mieć piellegniarke do dyspozycji. — Organizacja tak pomyślana napotyka na dwie przeszkody: trudno pielęgniarce obliczyć czas komunikacji oraz stawić się w domu chorego o godzinie dla niego najdogodniejszej. — Doświadczenie wykazało, że na to, by organizacja kalkulowała się pod względem finansowym, powinno przypadać na pielęgniarke przeciętnie 30 godzin pracy tygodniowo. Trudno przewidzieć, w jaki sposób rozwinie się ta organizacja. Główny jej cel — to dostarczenie chorym za możliwie najniższą opłatą — możliwie najlepszej opieki.

(**Miriam Ames**, Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski, Nr. 3, 1931).

KRONIKA

DZIAŁ LECZNICZY W WARSZAWSKIM INSTYTUCIE RADOWYM

W początkach stycznia rozpoczął pracę dział leczniczy Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej - Curie w Warszawie przy ul. Wawelskiej L. 15, w zespole

gmachów, na ten cel budowanych i urządzonych według planów, opracowanych w porozumieniu z Instytutem Radowym w Paryżu, który również posłużył za wzór przy organizacji i wyborze metod pracy.

Zadaniem Instytutu są badania nad działaniem promieni radu i innych źródeł energji promienistej oraz zużytkowanie ich właściwości leczniczych w sposób, oparty na podstawach naukowych.

W zasadzie Instytut jest przeznaczony dla wszelkiego rodzaju chorych, nadających się do leczenia energją promienistą, szczególnie jednak dla chorych na nowotwory złośliwe.

Dyrektorem działu leczniczego jest dr Franciszek Łukaszczyk, który odbył kilkuletnie studja w Instytucie Radowym w Paryżu, następnie zaś w analogicznych zakładach Niemiec i Szwecji.

Dział leczniczy Instytutu obejmuje: pracownie naukowe lekarskie, szpitale oraz przychodnię.

Szpital jest obliczony na 62 łóżka I, II i III klasy.

Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia w Instytucie jedynie po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w przychodni Instytutu, która będzie czynna w godzinach rannych codziennie, z wyjątkiem niedziel, świąt i sobót.

POLSKI INSTYTUT PRZECIWRAKOWY WE LWOWIE

Dnia 8. listopada ub. r. odbyła się we Lwowie uroczystość poświęcenia i otwarcia „Polskiego Instytutu Przeciwrakowego". Instytut mieści się w niewielkim, lecz celowo i estetycznie przebudowanym budynku na terenie państwowego szpitala powszechnego przy ul. Głowińskiego L. 7. W jednej części budynku znajduje się kancelarja i administracja Instytutu, w drugiej — obszerniejszej — sala przyjęć, cztery wygodne sale dla chorych, mieszczące 16 łóżek, podręczna pracownia i sala zabiegów leczniczych. W Instytucie chorzy rakowi będą leczeni zapomocą promieni Roentgena, radu i elektrokoagulacją; wszelkie inne zabiegi lecznicze i djagnostyczne będą wykonywane na oddziałach szpitalnych i klinikach uniwersyteckich, mieszczących się tuż obok szpitala na jednym wielkim terenie.

Na czele Instytutu stoją dr. K. Węckowski i dr W. Ziembicki. Prace naukowo-badawcze będą wykonywane w zakładach teoretycznych wydziału lekarskiego i weterynaryjnego; zajmować się niemi będzie sekcja naukowa pod kierunkiem prof. W. Nowickiego. Sekcja propagandy pozostaje pod kierunkiem redaktora B. Laskowickiego.

INSTYTUT BADANIA RAKA W WILNIE

W dniu 22. listopada ub. r. nastąpiło otwarcie w Wilnie Instytutu do badania raka przy ul. Połockiej, w obecności Ks. arcybiskupa Jałbrzykowskiego, biskupów Bandurskiego i Michalkiewicza, wicewojewody Jankowskiego, rektora Januszkiewicza, i licznych przedstawicieli świata nauki. Poświęcenia Instytutu, przeznaczonego narazie na 40 łóżek, dokonał Ks. arcybiskup Jałbrzykowski. Przemawiali: prezes Komitetu badania raka w Wilnie dyr. Białas, wiceprezes Polskiego Komitetu do badania raka w Warszawie dr Weinert, rektor Uniwersytetu wileńskiego prof. Januszkiewicz i p. wicewojewoda Jankowski. Otwarty Instytut rakowy w Wilnie jest czwarty zkolei w Polsce po Warszawie, Łodzi i Lwowie.

PLACÓWKA WALKI Z ALKOHOLIZMEM

W Gościejowie p. Rogoźno (stacja kolejowa i poczta Rogoźno) w Województwie Poznańskiem znajduje się specjalny Zakład leczniczy dla alkoholików pod nazwą: „Wojewódzkie Schronisko dla Alkoholików". Zakład przyjmuje pacjentów z całej Polski, tak prywatnych, jak i członków instytucyj rządowych, samorządowych i społecznych. Przyjęcie następuje każdego czasu, przy równoczesnem doręczeniu Zakładowi świadectwa lekarskiego oraz zobowiązania poniesienia kosztów utrzymania i leczenia, które wynoszą na dobę i za osobę 6 zł., płatne miesięcznie zgóry. Czas kuracyjny trwa zasadniczo 4—6 miesięcy. W Zakładzie przeprowadzono w czasie ostatnim gruntowną reorganizację, zaprowadzono najnowsze metody leczenia alkoholików i t. p. Na czele Zakładu stoi lekarz-psychjatra Dr Zajączkowski, specjalista w leczeniu alkoholików. Właścicielem Zakładu jest Skarb Państwa, nadzór administracyjny sprawuje Starostwo Krajowe w Poznaniu.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IV. Luty, Marzec, Kwiecień 1932 Nr 2-3-4.

Pielęgniarka Polska Nr 2. 3. 4.

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 2. 3. 4.

SOMMAIRE:

Administracja „Pielęgniarki Polskiej" przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów,** podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . ."

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.

Rok IV. Luty-Marzec-Kwiecień 1932 Nr. 2-3-4.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

Rodzina X

Z pracy pielęgniarki w VIII. Ośrodku Zdrowia w Warszawie.

W kwietniu 1930 r. objęłam nową dzielnicę. Koleżanka, przekazując mi ją, specjalnie zainteresowała mnie rodziną X, jako tą, w której panują okropne warunki mieszkaniowe, materjalne i moralne. Oto treść pierwszych odwiedzin domowych:

„9. IV. 1930 r. — Mieszkanie składa się z jednej izby i sieni. Prócz rodziny X (ojciec, matka, troje dzieci), mieszka w niem jeszcze trzech sublokatorów, kawalerów i jedna sublokatorka — panna z dzieckiem. Warunki materjalne b. ciężkie, gdyż mąż, alkoholik, od dawna nie pracuje. Rodzice utrzymują się z tego, co dostaną za komorne od sublokatorów (20 zł. miesięcznie). Mieszkanie mają bezpłatnie — wzamian za sprzątanie domu. Okropna wilgoć, duszno, ciasno, wyjątkowe brudy. Matkę i dzieci skierowałam do Ośrodka, gdyż leczy się tylko ojciec w poradni „A“ (przeciwalkoholowej)“.

W kilka dni po przeczytaniu powyższego poszłam na wywiad sama. Pod wskazanym adresem znalazłam małą, drewnianą chałupkę. Weszłam do ciemnej, brudnej sieni, w której na nędznym barłogu spał jakiś człowiek, jak się później dowiedziałam, sublokator, piekarz, który pracuje w nocy, a w dzień sypia. Z trudem przedostałam się do izby ciemnej, brudnej i b. dusznej, w której znajdowało się kilka osób. Łóżka były niezasłane, na jednem leżała sublokatorka, panna z dzieckiem, która niedawno wróciła z kliniki położniczej, na drugiem, — pani X z najstarszym synkiem, 6-letnim Tadziem, obydwoje po zapaleniu oskrzeli. Poza tem w izbie znajdowało się dwoje małych dzieci, 5-letnia Zosia i trzyletni Zdziś. Dzieciaki chude, mizerne, zagłodzone, ale wyglądające dość czysto w porównaniu do całego otoczenia.

Wdawszy się w rozmowę z matką, dowiedziałam się, że mąż jest wyrobnikiem, lecz od dłuższego czasu nie pracuje, dlatego, że żadne zajęcie mu nie odpowiada. Niedawno ofiarowywano mu posadę woźnicy, ale niechciał jej przyjąć, bo „może z kozła zlecieć i krzywdę sobie zrobić i wogóle kuniów nie lubi i boi się“. Żona twierdziła, że poprostu niechce mu się nic robić, od czasu do czasu coś dorywczo zarobi, ale pieniądze przepije, dla żony i dzieci jest okrutny, często urządza awantury zakończone bijatyką. Co tylko może — sprzedaje na wódkę, obecnie nawet ma sprawę sądową: po ukończeniu służby wojskowej, przed kilku laty, sprzedał całkowite umundurowanie, a gdy po pewnym czasie wezwano go, aby mundur zwrócił, żona za ostatnie pieniądze kupiła używany mundur, ale mąż go nie doniósł do pułku, po drodze go sprzedał i poszedł się upić. Prócz tego, że pije, jest chory na kiłę. Kiedy miał Kasę Chorych, nie chciał się leczyć, a teraz nawet gdyby chciał, to nie ma gdzie, ponieważ żadna pomoc lekarska mu nie przysługuje. Do poradni „A“ nie chce przychodzić, gdyż boi się, że jak zacznie pić po zastrzyku, to może umrzeć.

Podczas całego opowiadania, pani X popłakiwała i prosiła mnie, aby wpłynąć na jej męża, w przeciwnym bowiem razie ona odbierze sobie i dzieciom życie, bo dłużej w takich warunkach przebywać nie może.

Z panem X pomówić nie mogłam, ponieważ nie było go w domu. Obiecałam przyjść za kilka dni, aby go nakłonić do zgłoszenia się do poradni przeciwalkoholowej i świeżo otwartej poradni przeciwwenerycznej. Matce radziłam zająć się uporządkowaniem mieszkania, które należałoby nieco osuszyć przez porządne wietrzenie, ale okazało się, że okna wogóle się nie otwierają, ponieważ dach ze starości opuścił się na ramy okienne; przez drzwi także trudno wietrzyć, gdyż z sieni bije zaduch z leżących tam kartofli, kwaszonej kapusty i wszelkiego rodzaju rupieci. Ale pani X obiecała, że jak będzie cieplej, to sień uporządkuje i drzwi na dwór nie będzie zamykała.

Po tygodniu przyszłam znowu. Warunki mieszkaniowe i materjalne nic się nie zmieniły. Nieślubne dziecko pani S. było umierające, przed chwilą właśnie wrócili wszyscy z kościoła, gdzie ochrzczono maleństwo, dając mu imię Basia. Matka niemowlęcia nie była specjalnie zmartwiona stanem dziecka, więcej przejmowała się pani X, chrzestna matka Basi. Mimo, że w Ośrodku nie przyjmuje się dzieci chorych, skierowałam dziecko do poradni „B“ (dla dzieci), ponieważ była to sprawa żołądkowa. Dzięki wysiłkom lekarza dziecko udało się doprowadzić do zdrowia, a matka, z którą miałam dłuższą rozmowę, zaczęła się niem interesować, jako istotą, która może doprowadzić do ślubu jej z narzeczonym, ojcem dziecka.

Zbliżało się lato. Już przedtem cała rodzina X została zapisana do poradni „E“ (przeciwwenerycznej). Odczyn Wassermana u matki i dzieci wypadł ujemnie, ojciec krwi sobie pobrać nie dał, lecz kurację przeprowadzał, chociaż bardzo nieregularnie. Czasem wpadał do Ośrodka, co najczęściej zdarzało mu się po moich odwiedzinach w domu. Natomiast żona, która miała kiedyś objawy kiły, leczyła się bardzo systematycznie. Troje dzieci X i Basia S. należały do poradni „B“, do której regularnie przychodziły.

Nadszedł okres półkolonij, wszystkie dzieci X skierowałam na nie pod warunkiem, że zawsze będą czysto ubrane. Matka przyrzekła mi to, i nie zawiodłam się na niej, dzieci ubrane były biednie, ale wyjątkowo

czysto. Dziewczynka miała nawet bardzo pomysłową sukieneczkę, uszytą z próbek markizet, przysłanych przez fabrykę do sklepu, z którego otrzymała je pani X. Sukieneczka dla 5-letniej dziewczynki składała się z 98 kawałków, każdy w innym kolorze i o innym deseniu. Pracowitość matki wprawiła w zdumienie moje koleżanki i lekarzy. Odtąd p. X. otrzymywała za pośrednictwem Ośrodka dużo odzieży i bielizny, którą przerabiała dla dzieci i siebie. Dzieci uczęszczały na półkolonje przez wszystkie trzy okresy bezpłatnie — dzięki uprzejmości kierowniczki i naczelnego lekarza. Poprawiły się znacznie, przybyło im na wadze, ale po tych trzech miesiącach znowu musiały wrócić do poprzednich warunków.

Wówczas poradziłam matce, aby je umieściła w miejskiem przedszkolu, na koszt Opieki społecznej, na szczęście udało jej się to, dzięki czemu dzieci choć do 3-ciej popołudniu mogły przebywać w innem otoczeniu, zdala od wymyślań i poszturchiwań ojca i narzekań matki, a przytem były dożywiane. Kierowniczka przedszkola, dowiedziawszy się o warunkach domowych rodziny X zaproponowała pani X sprzątanie jeden raz tygodniowo przedszkola za kilka złotych miesięcznie.

W tym czasie pracowałam w poradni przeciwwenerycznej i zastępowałam czasowo chorą koleżankę w poradni przeciwalkoholowej, dzięki czemu miałam pod bezpośrednią opieką pana X. Mogłam go więc łatwo kontrolować, a on, nie chcąc słuchać ciągłych moich wymówek, przychodził regularniej do poradni, wiedział bowiem, że jeśli nie przyjdzie, to ja na drugi dzień u niego będę i znowu dowie się nieprzyjemnych rzeczy, jak to ludzie nieleczeni dostają choroby umysłowej, albo nie mogą chodzić i t. d. Sam zresztą zauważył dużą poprawę w stanie swego zdrowia. Ale kiedy przestał pić, opanowała go nowa manja — kłamania. Kłamał z upodobaniem i sam zdawał sobie z tego sprawę. Raz, kiedy tłumaczyłam mu, jakie szkody może ponieść on i jego rodzina z powodu jego ciągłych kłamstw, bardzo się wzruszył i pytał mnie, czy niema jakich zastrzyków przeciw kłamaniu, wówczas wyzyskałam to i obiecałam, że jeśli będzie systematycznie przeprowadzał kurację w poradni „E" (przeciwwenerycznej), to w miarę poprawy stanu zdrowia, będzie mniej kłamał, zresztą sam musi się bardzo pilnować. I w psychice pana X zaczął się maleńki zwrot ku lepszemu z częstemi jednak i niemiłemi załamaniami, lecz do pracy żadnej wziąć się nie chciał.

Warunki materjalne nic się nie poprawiły, mieszkanie natomiast zaczęła pani X utrzymywać czyściej, o ile to było możliwe w takim tłoku.

Zbliżały się święta Bożego Narodzenia 1930 r. W domu nie było nic, prócz kartofli i kapusty, w mieszkaniu zimno, ponieważ nie było węgla. Rodzina otrzymała paczkę z Ośrodka, na którą złożyły się dary zamożnych rodzin, między innemi była tam ciepła odzież i nawet trochę zabawek dla dzieci.

W ciągu zimy dzieci chorowały na grypę i narzekały wraz z matką na darcie w stawach, pewnie wskutek wilgotnego mieszkania. Do Ośrodka zgłaszały się regularnie, tylko pan X znowu się ociągał, prośby i tłumaczenia przestały skutkować, przychodził tylko pod presją.

Na początku kwietnia 1931 sublokatorka, pani S. dostała się jako służąca do zamożnego domu. Basię zostawiła „na garnuszku" u pani X, za co płaciła jej 30 zł. miesięcznie. Pani X niewiele na tem zarabiała, gdyż, stosując się do zleceń lekarskich, dawała dziecku mleko, kaszki, jarzyny

z masłem, co kosztowało około 1 zł. dziennie, ale chrzestna matka tak się przejęła swemi obowiązkami, że często odejmowała własnym dzieciom. a dawała małej Basi, którą bardzo pokochała. Dziecko odpłacało jej się wzajemną miłością, wołając na nią „mama“, a na swoją matkę po imieniu. Basia miała nawet szczęście u pana X, który ją czasem brał na kolana, czego ze swojemi dziećmi nie robił nigdy. Ojciec dziecka odsługiwał wojsko, więc o ożenieniu się z panią S. nie mogło być chwilowo mowy. Panna S. zamieszkała u swoich chlebodawców, więc drugie łóżko mieli do swego rozporządzenia państwo X, dzięki czemu dzieci nie potrzebowały sypiać z matką.

Od tej wiosny zaczyna się poprawa w rodzinie X: jest luźniej, czyściej, matka sprząta przed świętami Wielkiej Nocy w kilku prywatnych domach, lecz co zarobi — to oddaje za długi pozaciągane w zimie.

Przytem znowu nad rodziną zawisła ciężka troska: ojciec został skazany za kradzież munduru na 3 mies. więzienia, tak mało tylko dzięki temu, że sprawa uległa przedawnieniu. Ponieważ był to wyrok Sądu Najwyższego, więc apelować nie było dokąd. Pani X była zrozpaczona. Już jej nie chodziło o męża, gdyż wiedziała, że go spotyka zasłużona kara, ale o dzieci, które na całe życie będą miały wstyd, że ojciec ich za kradzież siedział w więzieniu. Obiecałam się tą sprawą zająć, ale pan X niebardzo wierzył w skuteczność mojej pomocy, nawet podobno trochę sobie z tego kpił. A sprawa była nieprzyjemna, codzień do rodziny X przychodził policjant, przypominając, że pan X wkrótce musi się udać do więzienia. Zmartwienie źle wpłynęło na X, do Ośrodka przestał wogóle przychodzić, nie pił, bo nie miał za co, ale jeśli tylko zdobył kilka groszy, zaraz kupował chleb, masło, kiełbasę i pokryjomu zjadał, a żeby to ukryć przed rodziną, często narzekał, że jest głodny. Ale żona kiedyś przyłapała go i opowiedziała mi o tem z ogromnem rozgoryczeniem.

Widząc rozpacz w rodzinie X z powodu wyroku, zaczęłam się dowiadywać, jak możnaby uwolnić ojca rodziny od uwięzienia. Dowiedziawszy się, że tylko Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej może go ułaskawić, wniosłam podanie do Kancelarji Pana Prezydenta, motywując postępek X tem, że jest to alkoholik, człowiek bez woli, który obecnie poprawił się, nie pije, a więzienie mogłoby go znów zdemoralizować; ze względu także na dzieci proszę o zwolnienie go od kary. Kierownik Ośrodka poświadczył moją prośbę i podanie oddałam. Równocześnie przez prywatnych znajomych dowiedziałam się, że Pan Prezydent w wyjątkowych wypadkach udziela zapomóg ze swojej prywatnej szkatuły, wówczas więc napisałam drugie podanie, przedstawiając stan rodziny X. Kiedy X dowiedział się, że jest nadzieja uwolnienia go od kary, przyrzekł mi, że zastosuje się do wszystkiego, czego tylko będą od niego wymagała. Wtedy zapowiedziałam mu, że jeśli poprawi się, to usilnie będę się starała dopomóc mu, a jeśli nie, to podanie natychmiast cofnę.

Na kilka dni przed Świętami Wielkiej Nocy zaszłam do rodziny. Było już posprzątane, czyściutko. ale na Święta — ani grosza, nawet kartofli mieli już niewiele; na kredyt w żadnym sklepie nie chciano im dać, ponieważ wiadomo było, że pan X nie pracuje i pracować nie będzie. Radziłam matce nie martwić się, a w przeddzień Świąt obiecałam wpaść jeszcze. Panu X kazałam zrobić w oknie lufcik, żeby choć trochę można było wietrzyć mieszkanie, obiecał to zrobić. Na szczęście, w dzień kiedy

miałam do nich zajść, przysłano mi z Kancelarji P. Prezydenta 50 zł. tytułem jednorazowej zapomogi dla rodziny X, które im natychmiast zaniosłam. Radości było coniemiara, dzieci dostały pończoszki, czapeczki, fartuszki, zapłacono część długów i urządzono jakie takie Święta. Pan Prezydent poratował rodzinę w najbardziej odpowiedniej chwili i sprawił jej dużo radości. Przy okazji zauważyłam, że pan X zrobił lufcik w oknie! Było to pierwsze zwycięstwo. Zaczął wierzyć w skuteczność mojej interwencji w jego sprawie, ja zaś w to, że będzie można z niego zrobić powoli solidnego człowieka.

I tak zaczęło się coraz lepiej. Sublokatorzy, którzy mieszkali w sieni, wyprowadzili się. Z sieni państwo X zrobili kuchnię, wybielili, wstawili okno, dorobili szczelne drzwi; nie pociągnęło to wielkich wydatków, ponieważ wszystko robił pan X, a materjałów potrzebnych dostarczył gospodarz domu. Izbę sami odnowili, obecnie stoją w niej dwa łóżka i łóżeczko małej Basi, która u nich nadal pozostaje. Na jednem sypia pani X z Zosią, na drugiem dwaj chłopcy, pan X sypia w kuchni.

W maju 1931 r. przyszło zawiadomienie z Kancelarji P. Prezydenta do komisarjatu, żeby chwilowo pana X do więzienia nie brać. Kiedy przyszedł policjant z zawiadomieniem, to nawet zdjął czapkę, czego przedtem nigdy nie robił i mówił do pana X „pan".

Zaraz potem pani X zaczęła przyjmować do domu bieliznę do prania. Płacono jej nawet dość dobrze, ale nie mogła dużo prać, ponieważ szybko się męczyła. I wtedy sięgnęłam po obietnicę. Zaczęłam namawiać pana X, aby żonie pomagał w praniu i żeby prali nie u siebie w domu, tylko w pralni Ośrodka. Do pierwszego obiecał się zastosować, ale o pralni w Ośrodku nie chciał słyszeć: twierdził, że „wszystkie baby śmiałyby się z niego". Musiałam uszanować jego męską dumę. Prali więc w domu. Dochody z tego mieli wcale niezłe. W lecie dzieci były znowu na półkolonjach. Niedostatku już nie było. Zaczęli powoli spłacać długi.

We wrześniu przyszło ostateczne ułaskawienie od Pana Prezydenta. Cała rodzina była uszczęśliwiona.

Obawiałam się, że może teraz pan X wróci do swoich dawnych nałogów, ale nie. Do poradni „A" już nie przychodzi, ponieważ uznany jest za wyleczonego, w poradni „E" był przed dwoma miesiącami. Odczyn Wassermana dał wynik ujemny. Teraz nie on żonie, ale żona jemu pomaga w praniu, właściwie on sam pierze, a żona wykańcza, prasuje, — tylko pan X publicznie tem się nie lubi chwalić. Do pracy nigdzie nie chodzi, gdyż więcej im się opłaca w domu pracować, zarabiają 8 do 12 zł. dziennie, tylko nie systematycznie. Pan X zmienił się ogromnie, dba o swój wygląd zewnętrzny, zawsze jest ogolony, porządnie ubrany, mówi o sobie, że czuje się, jakby mu ubyło pietnaście lat. W mieszkaniu czysto, wietrzone, wilgoć w pokoju mniejsza, ponieważ kuchnia jest osobno, na stoliku serwetki, w oknach firanki. Zosia i Zdziś chodzą do przedszkola nadal, najstarszy synek do szkoły, dzieci ubrane porządnie, czysto.

Skoro narzeczony pani S. wrócił z wojska, pani X. nie omieszkała mnie o tem zawiadomić, prosząc, abym z nim pomówiła. W rozmowie z nim postawiłam mu za wzór pana X, który jest obecnie dobrym mężem, a przecież przedtem też był nierozsądny. Młody ojciec bardzo był wzruszony córeczką, która jest wyjątkowo miłem dzieckiem. Po ostatecznem zwolnieniu się z wojska, zamieszkał u państwa X, sypiał w kuchni, a pra-

cował u chlebodawców swojej narzeczonej. Namawiałam ich, do przyśpieszenia ślubu. Ponieważ mieli niewiele pieniędzy, pani X dawała mu obiady po 40 groszy, żeby mógł sobie odłożyć na opłacenie ślubu. Wtedy ostatecznie przekonałam się, że pani X jest kobietą ogromnie wartościową, jeśli sama będąc w warunkach dość ciężkich, chce biedniejszym od siebie pomagać. Ślub pani S. odbył się w święta Bożego Narodzenia, wesele wyprawiła im pani X. Mimo, że była okazja do wypicia, pan X powstrzymał się od wódki zupełnie, w nagrodę żona kupiła mu butelkę czarnego piwa, które sam sobie popijał. Pani S. nadal pozostaje na służbie, Basia u pani X. Niebawem rodzina S. dostanie służbowe mieszkanie, wtedy Basię zabiorą do siebie. Pani X płacze, kiedy mówi o rozstaniu z dziewczynką.

W sprawozdaniu z odwiedzin z dnia 16. XI. 1931 roku mogłam napisać: „Państwo X. nadal piorą, zarabiają dobrze. Widać wyraźne zmiany w mieszkaniu: czysto, wietrzone, dzieci mają nowe buciki, ubranka, pani X kupiła sobie zimowe palto i dwie suknie, mężowi bieliznę, żeby nie potrzebował krępować się podczas zastrzyków w poradni „E“. Pan X. zasadniczo się zmienił, jest pogodniejszy, weselszy, zajmuje się dziećmi, a nawet polubił zwierzęta: sam daje jeść dwu kotom, które przybłąkały się do domu“.

A w ostatniem sprawozdaniu: „W rodzinie X panuje idealna harmonja: Małżeństwo pomaga sobie wzajemnie w pracy, żyją zgodnie. Warunki materjalne dobre, wystarcza na utrzymanie domu, a nawet na kupno potrzebnych rzeczy, jak np. dwóch poduszek, bielizny pościelowej i t. d.“.*)

Oby tak nadal trwało! *K. Z.*

Konkurs Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem

Wyniki Konkursu na Pogadankę z rodzicami, ogłoszonego przez Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem.

W wyniku ogłoszonego dla pielęgniarek stacyj opieki nad matką i dzieckiem w 1931 roku konkursu na pogadankę z rodzicami, nadesłanych zostało pod adresem Sądu Konkursowego do 15. kwietnia 1931 r. 47 prac, z których 9 uznano jako będące poza konkursem z powodu niezachowania przez autorki obowiązujących warunków formalnych.

W pracach Sądu Konkursowego brali udział:

Delegat Redakcji „Pielęgniarka Polska“ — p. H. Chrzanowska

Delegat Redakcji „Wychowanie Przedszkolne“ — p. M. Radziwiłłowiczowa

Delegat Redakcji „Zdrowie“ — p. Dr M. Kacprzak

Delegat Redakcji „Opieki nad Dzieckiem“ w zastępstwie Naczelnika B. Krakowskiego — p. Dr Z. Zakrzewski

Delegat P. K. O. D. dyrektor W. Błażejewicz oraz zaproszone panie Pielęgniarki: p. A. Naruszewicz z Wilna, p. S. Kurowska z Kosowa Poleskiego, p. Z. Tuszowska z Krakowa i p. E. Rabowska z Warszawy.

---

*) W rodzinie odwiedzanej od kwietnia 1930 r. dokonano następującej liczby odwiedzin: 1930 — 17, 1931 — 23, 1932 (do IV) — 7, nie wliczając w to krótkich wizyt w celu napomnień, skierowania do poradni i t. d.

W dniu 24. lutego 1932 r. odbyło się w Polskim Komitecie Opieki nad Dzieckiem pod przewodnictwem Prezesa Komitetu prof. Dr M. Michałowicza zebranie Sądu Konkursowego. Zebrani członkowie Sądu oświadczyli, że żadna z nadesłanych prac nie nadaje się do wyróżnienia pierwszą nagrodą. Wobec nieprzyznania pierwszej nagrody, Sąd postanowił ogłosić dla pielęgniarek nowy konkurs tylko na pierwszą nagrodę i na wskazany zgóry temat: „Co daje stacja opieki matce i dzecku?“

Nagrodę drugą w sumie 250 złotych przyznano pracy, opatrzonej godłem: „Siostra M.“. Nagrodę trzecią w sumie zł. 100 — przyznano pracy opatrzonej godłem: „Marja“.

Prace nienagrodzone znajdują się w Polskim Komitecie Opieki nad Dzieckiem i mogą być przez autorki odbierane do 1-go czerwca 1932 r. za wymienieniem godła. Prace nienagrodzone, uznane jednak za nadające się do druku P. K. O. D. będzie pragnął Komitet zatrzymać po porozumieniu się ze zgłaszającymi się autorkami.

Po oznaczonym terminie nieodebrane pogadanki ulegną zniszczeniu.

Konkurs na pogadankę z rodzicami

na temat

„Co daje stacja opieki matce i dziecku?“

W związku z konkursem na pogadankę, ogłoszonym przez P. K. O. D. w 1931 roku i orzeczeniem Sądu Konkursowego, że żadna z nadesłanych prac nie zasługuje na odznaczenie I-szą nagrodą, P. K. O. D. ogłasza obecnie nowy konkurs na ściśle oznaczony temat, na następujących warunkach:

I. PRZEPISY KONKURSU:

1. Pogadanka powinna być napisana na temat: „Co daje stacja opieki matce i dziecku?“ Pogadanka powinna uwzględniać opiekę nad niemowlęciem, kobietą ciężarną, położnicą i karmiącą.
2. Udział w konkursie mogą brać tylko pielęgniarki czynne na Stacjach Opieki nad Matką i Dzieckiem, bez różnicy stacji: samodzielnej, przy Ośrodku Zdrowia, lub Lotnej przy Zakładach pracy.
3. Trwać pogadanka powinna jedną godzinę.
4. Treść pogadanek powinna być dostępna dla szerokich mas, ciekawa, a jednocześnie pouczająca. Nie powinna zawierać niezrozumiałych terminów naukowych, oraz wyrazów obcych.
5. Jeżeli pogadanka związana jest z pokazywaniem przezroczy, tablic i pomocy naukowych, to należy podać szczegółowy opis treści używanych pomocy.
6. Ostateczny termin złożenia prac — 1-go lipca 1932 roku. Prace pisane o ile można na maszynie, lub przynajmniej czytelnie, należy nadsyłać do Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem (Warszawa, Jasna 11).
7. Nadsyłane prace powinny być opatrzone godłem. Wewnątrz w kopertach poza pracą powinna znajdować się druga koperta zamknięta, również opatrzona godłem, a zawierająca nazwisko autorki z wymienieniem stacji, na której pielęgniarka pracuje. Nazwiska na kopercie ze-

wnętrznej, (nawet przy listach poleconych) ani na pracy ujawniać nie należy.

II. SĄD KONKURSOWY:

1. Rozpatrzeniem i oceną nadesłanej pracy zajmie się Sąd Konkursowy, w skład którego wchodzą:
   a) Delegat P. K.O. D.
   b) Delegat Redakcji „Pielęgniarki Polskiej"
   c) Delegat Redakcji „Wychowania Przedszkolnego"
   d) Delegat Redakcji „Życia Dziecka"
   e) Delegat Redakcji „Zdrowia"
   f) Cztery pielęgniarki, które brały udział w poprzednim konkursie.
2. Za najlepszą pogadankę udzielona będzie nagroda w sumie 350 zł.
3. Nagroda dzielona nie będzie.
4. Praca nagrodzona staje się własnością P. K. O. D.
5. P. K. O. D. zastrzega sobie prawo wydrukowania prac nienagrodzonych, ale uznanych przez Sąd Konkursowy za dobre, za opłatą autorce odpowiedniego honorarjum według przyjętych norm.

Walka z nierządem

Sformułowanie ścisłej definicji nierządu jest rzeczą dość trudną. Naogół za kardynalne cechy nierządu są uważane: 1) chęć zysku, bezwyborowość (*promiscuitas*), oraz 3) obojętność emocjonalna.

Obecność jednej z tych cech nie wystarcza do zakwalifikowania czynu jako nierządnego. Połączenie tylko cechy drugiej z trzecią jest zjawiskiem nierealnem, lub w najgorszym razie, wysoce patologicznem, zespół cechy pierwszej z trzecią był i jest zjawiskiem częstem w monogamicznem pożyciu płciowem, lubo stanowi ujemny objaw z punktu widzenia eugenicznego.

Co sprzyja zapotrzebowaniu na nierząd? Przedewszystkiem sprzyja temu atawizm poligamiczny tkwiący w mężczyźnie, jako pozostałość filogenetyczna z okresu życia zwierzęco-stadowego, ponieważ monogamiczna forma pożycia ludzkości jest nietyle wynikiem doboru naturalnego, ile wynikiem doboru cywilizacyjnego.

Nie należy jednak kłaść całkowitej odpowiedzialności na karb atawizmu poligamicznego. Odgrywa tu rolę jeszcze cały szereg czynników, a mianowicie: 1) względy ekonomiczne uniemożliwiające wczesne zawarcie małżeństwa (do czasu uzyskania dostatecznego utrzymania dla rodziny), 2) wyzwolenie społeczne kobiety i jej niechęć do porzucenia pracy zawodowej dla obowiązków małżeństwa i ewentualnego macierzyństwa (pośrednio), 3) przesyt płciowy i w następstwie tego poszukiwanie nowych źródeł podniety płciowej, 4) czynniki małżeńsko-patologiczne (np. natura chłodna małżonki, zbyt duża różnica wieku małżonków), 5) słabość woli zmuszająca do poszukiwania łatwych podbojów płciowych, 6) perwersyjność płciowa znajdująca najłatwiejsze zadośćuczynienie w nierządzie, 7) życie płciowe młodocianych, dla którego nierząd stanowi najdostępniejszą formę zadosyćuczynienia (badania Mejrowskiego

stwierdzają, że co najmniej 20 proc. ogółu uczniów starszych klas gimnazjalnych uprawia życie płciowe, badanie zaś Walandera, że 75 proc. ogółu męskiej ludności w Szwecji rozpoczyna życie płciowe przed 18-tym rokiem życia). Dzieje nierządu wskazują, że poza czynnikiem płciowym widoki zysku odgrywają największą rolę w zapotrzebowaniu na nierząd.

W świecie starożytnym miały miejsce orgje religijne urządzane na cześć bóstw, jak Djonizosa, Afrodyty, Bakchusa — w Grecji; Astarty — w Syrji; Flory, Wenery, Izydy — w Rzymie. Genezy nierządu w postaci orgij djonizyjskich, bakchanalij, saturnalij należy doszukiwać się w inicjatywie żądnych zysku kapłanów, celowo wywołujących masową psychozę religijną wśród ludności. Kapłani starożytni przetrzymywali przy swych świątyniach dla potrzeb ołtarza zakupione niewolnice, oraz dziewczęta i mężatki dobrowolnie ofiarujące swe wdzięki na stałe lub czasowo na cześć bóstwa.

Zalegalizowanie nierządu i otwarcie państwowych domów nierządu (dykterje) w starożytnych Atenach przez wielkiego prawodawcę Solona miało na widoku w pierwszym rzędzie przysporzenie dochodów skarbowi państwa, z drugiej zaś strony ochronę rodzin greckich od zepsucia moralnego i niebezpieczeństwa chorób wenerycznych (dozorczynie w tych domach prócz trunków miłosnych sprzedawały również środki zapobiegawcze). Również względy finansowe w połączeniu ze względami obyczajowemi i porządkowemi skłoniły starożytny Rzym do otwierania lupanarów, w których przebywały prostytutki, pozostające pod kontrolą policji obyczajowej. Organa państwowe udzielały licencyj na uprawianie nierządu (*licentia stupri*). Zyski z lupanarów obracano na cele publiczne, np. roboty budowlane lub urządzenia kanalizacyjne i usuwanie nieczystości w mieście (E. Schayer[1]). Za Kommodusa powstały również lupanary męskie, przyczem nierządowi dla zysku oddawali się chętnie artyści i gladjatorzy (L. Wernic).

Przykłady państw, wzgl. organizacyj społecznych ciągnących zyski z nierządu, chociażby tylko pośrednio, nie ograniczają się wyłącznie do świata starożytnego. Znajdujemy je również w czasach średniowiecznych i nowoczesnych. Królowie i książęta średniowieczni udzielali koncesyj na domy nierządu za opłatą. Papież Sykstus IV obciążył lupanary rzymskie wysokim podatkiem, papież zaś Klemens VII nakazał, by prostytutki oddawały połowę swego majątku na klasztor *Santa Maria della Penitenza;* w Wenecji prostytutki płaciły podatek na rzecz miasta (E. Schayer). Doniedawna szereg miast południowo i północno - amerykańskich ciągnął zyski z nierządu w postaci podatków nakładanych na domy nierządu.

Howard B. Woolston podaje w swej pracy „Nierząd w Stanach Zjednoczonych" następujący wzór kwitu podatkowego:

Miasto Duglas

Pokwitowanie z odbioru podatku Nr. 6900

Domy nierządu

Zaświadcza się, że . . . . . . wpłacił w dniu dzisiejszym kwotę . . . dolarów tytułem miesięcznego podatku zgodnie z rozporządzeniem w przedmiocie nierządu i jest niniejszem uprawniony do utrzymywania domu nierządu. W . . . . . od dnia 191 do dnia . . . 191.

Dnia . . . .

Burmistrz , Sekretarz

---

[1]) Cytaty z E. Schayer'a wzięte są za pozwoleniem autora z jego pracy nieogłoszonej drukiem.

W chwili obecnej przykłady tego rodzaju należą wszędzie do przeszłości. Organizacje religijne, władze państwowe i samorządowe obecnie nie są zainteresowane materjalnie w nierządzie, natomiast zainteresowani są **sutenerzy i alfonsi**. Aczkolwiek Polski Kodeks Karny wspomina tylko o sutenerstwie, to jednak w społeczeństwie utarło się rozróżnienie sutenera, czyli mężczyzny wyzyskującego zarobki kilku naraz prostytutek od alfonsa korzystającego z zarobków jednej prostytutki, będącej jego kochanką. Zgodnie z Art. 527 K. K. „mężczyzna winny osiągnięcia dla siebie całkowitego lub częściowego utrzymania od kobiety, uprawiającej nierząd zawodowo, przez wyzysk jej zarobkowania niemoralnego, lub winny udzielenia takiej kobiecie nałogowo albo dla osiągnięcia własnej korzyści ochrony lub jakiegokolwiek poparcia przy uprawianiu nierządu, ulegnie karze więzienia na czas od jednego miesiąca do jednego roku, lub więzienia na czas od jednego roku do sześciu lat. Gdy winny jest mężem takiej kobiety, gdy skłonił ją gwałtem lub prośbą do uprawiania nierządu, ulegnie karze więzienia na czas od jednego roku do sześciu lat. Winni werbowania zawodowo dla osiągnięcia zysków materjalnych kobiet w celu uprawiania przez nie nierządu w domach rozpusty ulegnie karze więzienia na czas do jednego roku".

Zyski z nierządu czerpią poza sutenerami również **właścicielki domów nierządu**, oraz faktorzy tych domów w osobach dorożkarzy, szoferów taksówek, kelnerów, portjerów, oraz chłopców hotelowych.

Poza widokiem zysku materjalnego wśród czynników sprzyjających zapotrzebowaniu na nierząd poważną rolę odgrywa **alkoholizm**. Iwan Bloch twierdzi, że „alkohol wszędzie, w najróżnorodniejszych warunkach przygotowuje drogę dla nierządu".

Prince A. Morrow zaś uważa, „że alkohol rozluźnia więzy moralności i równocześnie potęguje popęd płciowy". Symbioza alkoholizmu z nierządem istnieje od czasów niepamiętnych. Wszystkim jest wiadome, że nierząd prosperuje najlepiej w miejscach wyszynku alkoholu i odwrotnie wyszynk alkoholu prosperuje w domach nierządu. Walter Clarke dowiedział się w wywiadzie od szefa policji m. Cincinatti, że wprowadzenie prohibicji spowodowało w tym mieście bankructwo 50 proc. domów nierządu oraz zmniejszyło dochody z nierządu o połowę w pozostałych domach rozpusty. Kazuistyka ofiar nierządu i handlu żywym towarem obfituje w dramaty rozpoczynające się aktem uwiedzenia ich przez sutenerów w chwili oszołomienia alkoholem.

Bez wątpienia **literatura erotyczna**, wydawnictwa pornograficzne, oraz filmy sensacyjne również przyczyniają się do wzrostu zapotrzebowania na nierząd. Pewien odłam współczesnej literatury beletrystycznej, na czele której kroczy Decobra i Pitigrilli, otacza czytelników młodszych bezduszną atmosferą seksualizmu, paraliżuje wpływy wychowawcze, amputuje biologiczny instynkt macierzyństwa, degraduje życie płciowe do rzędu emocyj sportowych, zamieniając potężny czynnik natchnienia społeczno-twórczego na liczman egotycznej satysfakcji. Syntezę wartości wychowawczej tego odłamu literatury beletrystycznej dają nam słowa bohaterki Pitigrilli'ego (Pas Cnoty): „I my, kobiety, pragniemy, aby istniała prostytucja męska, byśmy mogły poddać ciało nasze ciału mężczyzny, bez potrzeby mówienia mu: Kocham cię!"

Dalej wiemy doskonale, że pierwiastek erotyczny, nie pierwszej

jakości pod względem społecznym, najlepiej warunkuje poza pierwiastkiem kryminalistycznym powodzenie filmów. Niebezpieczeństwo społeczne tych filmów jest tem większe, im promiskuityzm bohatera lub bohaterki jest bardziej ekspresjonistyczny, oraz im więcej działa na wyobraźnię i emocjonuje widzów na korzyść powodzenia bohatera w jego przedsięwzięciach erotycznych. Wydawnictwa pornograficzne są obliczone na klijentelę młodocianą, przeważnie młodzież szkolną oraz mają charakter wybitnie perwersyjny. W tem tkwi największe niebezpieczeństwo społeczne wydawnictw pornograficznych.

Co sprzyja podaży nierządu?

Otóż, przedewszystkiem odgrywa tu poważną rolę chęć zysku lub jego równoważników, jak utrzymanie, strój, rozrywki mniej lub więcej lukratywne. Całkowita niemożność zarobkowania na życie jest przyczyną nierządu zaledwie w 2 proc. według Boothowej i w 1 proc. według Strömberga (Dorpat).

Według Pinkusa (Berlin) z pośród 1.550 prostytutek — 1389, czyli 90 proc. mogły przedtem zarabiać na utrzymanie w inny sposób. Wszyscy badacze są zgodni pod tym względem, że brak wyszkolenia zawodowego dziewcząt odgrywa poważną rolę w podaży nierządu. Wszystkie niemal statystyki stwierdzają jednogłośnie, że w przybliżeniu 50 proc. prostytutek rekrutuje się z pośród służących, oraz 30 proc. z pośród robotnic fabrycznych. Według Merrick'a zaledwie 10 proc. prostytutek posiada wykształcenie nieco wyższe niż początkowe, według zaś Kneelanda 12 proc. jest analfabetek i niecałe 5 proc. z ukończoną szkołą powszechną (z pośród 11.000 prostytutek amerykańskich).

Poza tem w podaży nierządu odgrywają rolę następujące czynniki: konstytucja psychopatyczna, zły przykład rodziców, kryzys mieszkaniowy (wpływ amoralny sublokatorów), nieszczęśliwe pożycie małżeńskie, wpływ otoczenia.

O wpływie czynników psycho-konstytucyjnych poucza nas wynik badania 219 prostytutek sadzonych w r. 1909 z tytułu „Britisch Inebriate Acts", które wykazało, że 70 okazało się umysłowo normalnych, 141 umysłowo chorych, czyli 70 proc. umysłowo anormalnych. Bonhöffer, badając 190 prostytutek berlińskich stwierdził, że dwie trzecie z pośród nich (67 proc.) było psychicznie nienormalnych. Stelcner, badając 155 prostytutek berlińskich stwierdziła, że 30 proc. było umysłowo normalnych, 23 proc. umysłowo niedorozwiniętych, oraz 43 proc. psychopatycznych, czyli 66 proc. umysłowo nienormalnych.

H. B. Woolston podaje następującą tabelę przyczyny wkroczenia 1000 kobiet amerykańskich na drogę nierządu:

Przyczyny	liczba przypadków	odsetek
Wpływ sutenerów	256	25,6%
złe towarzystwo i rozrywki	187	18,7%
złe warunki rodzinne	210	21,0%
porzucenie przez kochanka, podniecenie, zamiłowanie do zbytku	177	17,7%
czynniki ekonomiczne (brak pracy, bieda i t. p.	170	17,0%
	1.000	100,0%

W czem tkwi niebezpieczeństwo nierządu?

Otóż, główne niebezpieczeństwo nierządu polega na szerzeniu chorób wenerycznych wśród ludności, oraz powodowanych przez nie stratach ekonomicznych i eugeniczno-populacyjnych. Każda prostytutka zapada na chorobę weneryczną wcześniej czy później. Niebezpieczeństwo zarażenia się chorobą weneryczną prostytutki pozostaje w stosunku prostym do długości czasu uprawiania nierządu w przeciwieństwie do klijenta nierządu, którego niebezpieczeństwo zarażenia się chorobą weneryczną od prostytutki pozostaje w stosunku odwrotnym do długości czasu uprawiania przez nią nierządu.

Dr K. Davis, badając 466 prostytutek w zakładzie poprawczym w Bedford (Stany Zjednoczone Amer. Półn.), nie wykryła objawów chorób wenerycznych zaledwie u 50 (10,7 proc.). Don Balf i Hayward E. Thomas wśród 320 prostytutek z San Francisco nie wykryli objawów chorób wenerycznych u 3 proc. Badania 289 prostytutek z domów nierządu w Baltimore stwierdziły kiłę u 63,2 proc., rzeżączkę u 92,1 proc., oraz obydwie te choroby u 50 proc., nie wykryto objawów u 3,39 proc. Komisja do spraw walki z handlem żywym towarem ze Stanu Massachusetts stwierdza, że 87,5 proc. prostytutek jest obarczonych chorobami wenerycznemi, przyczem prostytutki młodociane, rozpoczynające karjerę swą, obarczone sa niemi w 67 proc.

Howard B. Woolston oblicza odsetek chorych wenerycznie prostytutek amerykańskich na 60—75 proc. Dane te datują się z czasów wczesno-powojennych. W krajach europejskich w okresie przedwojennym odsetek chorych wenerycznie prostytutek potajemnych waha się od 11 proc. (Wiedeń w roku 1910) do 28 proc. (Berlin w roku 1909/10).

Średni odsetek zachorzeń wenerycznych wśród prostytutek w Warszawie (w okresie od r. 1919 do r. 1926 włącznie) wynosi: wśród potajemnych — 37,6 proc.; wśród dorabiających nierządem — 12,1 proc.; wśród zawodowych — 11,0 proc.

Poza niebezpieczeństwem natury sanitarno-eugenicznej tkwi w nierządzie również niebezpieczeństwo natury społeczno-moralnej. W dziejach walki z nierządem motywy sanitarny i moralny wysuwane były na plan pierwszy.

W czasach starożytnych Mojżesz wypowiedział ostrą walkę prostytutkom żydowskim, nakazując w Deuteronomjum: „niech nie będzie prostytutek między córami ludu izraelskiego“, natomiast tolerował nierząd z kobietami obcoplemiennemi.

Starożytna Grecja (Ateny) oraz starożytny Rzym tolerowały nierząd pod pewnemi restrykcjami (prawo Dyoklecjana w III w. przed Chrystusem wzbraniało żenić się Rzymianom z oswobodzonemi prostytutkami (L. Wernic).

Chrześcijaństwo zmieniło pogląd starożytny na istotę nierządu jako zjawiska społecznego. Wypowiedziało ono na początku wieków średnich ostrą walkę nierządowi. Prostytutki poddawano chłoście, golono im włosy na głowie, wypędzano z miasta, konfiskowano ich własność prywatną nie wyłączając odzieży, przypalano rozpalonym żelazem, obcinano nos i uszy, topiono, palono na stosie, sprzedawano w niewolę, wycinano wargi sromowe i t. p. Ponieważ nierząd mimo to szerzył się nadal, poczęto uważać

go za zło konieczne, wreszcie tolerować, początkowo w niektórych dzielnicach miasta, w pewne dni i o pewnej porze, zmuszając prostytutki do noszenia specjalnego stroju lub odznak wyróżniających od ogółu kobiet. Domy publiczne poczęły korzystać z pewnych swobód, a nawet przywilejów: nierządnice tworzyły oddzielny cech, korzystający z samorządu (Genewa, Wenecja i in. miasta), mając na czele wybraną z pośród siebie „królowę" (Dr E. Schayer).

Na zmianę tego stanu rzeczy wpłynęli wybitni myśliciele i moraliści chrześcijańscy. Tak więc św. Augustyn głosił: „prostytutki w mieście są tem, czem jest kloaka w pałacu; usuńcie kloakę, a pałac stanie się miejscem brudnem i zakażonem". Św. Tomasz z Akwinu głosił: „należy, aby władze tolerowały pewne zło celem uchronienia się od zła gorszego".

Papież Benedykt II bullą z r. 1033 zezwala założyć dom nierządu w Rzymie w okolicy kościoła św. Mikołaja, Joanna V, królowa obojga Sycylji, w r. 1317 nadaje statut lupanarom awinjońskim, wprowadzając oględziny lekarskie prostytutek, również nadają statuty lupanarom papieże Paweł II, Sykstus IV i Juljusz II (Dr E. Schayer).

O surowych karach stosowanych w Polsce względem nierządnic wspomina już kronikarz Dytmar; ustawa legata papieskiego z r. 1279 wzbrania wstępu do kościoła nierządnicy i utrzymującemu ją mężczyźnie, oraz przewiduje wygnanie ich z miejsca zamieszkania; prawo magdeburskie pozbawia kobietę uprawiającą nierząd dobrej sławy, lub nawet majętności. Statut Litewski przewiduje karę obcięcia nosa i uszu lub karę gardła względem „zawodnic lub zawodników dla utrzymania sprośności i namawiania kobiet do rozpusty" (sutenerów).

Mieczysław I nakazywał nierządnicom wycinać części rodne; za Bolesława Chrobrego cudzołożnikowi przybijano części występne do słupa i do rąk dawano nóż; w r. 1571 Jakób Plichta w Poznaniu został ścięty za to, że mając własną żonę, cudzołożył. Artykuł wojenny hetmański z r. 1609 wzbrania białogłowom wszetecznym kroczyć za wojskiem. Konstytucja Sejmu Grodzieńskiego z czasów króla Jana III zawiera ustęp: „Białogłowa nierządnica ma być pojmana, u pręgierza sieczona i na uszach naznaczona" (L. Wernic).

Pogląd św. Tomasza z Akwinu znalazł odgłos w Polsce średniowiecznej, skoro dominikanin i profesor teologji z Krakowa, Jan Falkenberg, wyraził w roku 1398 myśl, „że prawo ludzkie nie może we wszystkiem dosięgnąć doskonałości prawa Bożego, że musi znosić złe mniejsze, aby uniknąć większego, że zarząd miejski, o ile nie powinien ciągnąć dochodu z nierządu, o tyle musi owem złem mniejszem większe niebezpieczeństwo zażegnać" (E. Schayer). Bezwątpienia autorytet wybitnych moralistów chrześcijańskich, jak św. Augustyna, św. Tomasza z Akwinu, oraz ich uczniów, utorował pośrednio drogę systemowi tolerancji i reglamentacji nierządu przez nadanie mu sankcyj moralnych, natomiast bezpośrednio przyczyniło się do wprowadzenia tego systemu w życie gwałtowne szerzenie się kiły w Europie, poczawszy od schyłku wieku XV.

W roku Wielkiej Rewolucji przywrócono we Francji (1771) prawa publiczne prostytutkom, zniesiono kary za uprawianie nierządu, oraz wprowadzono nadzór sanitarny nad nierządem, w roku zaś 1810 wprowadzono bezpłatne lecznictwo chorych wenerycznie prostytutek w przychodniach (*dispensaires de salubrite*). System reglamentacji nierządu w Warszawie został wprowadzony w r. 1800 przez rząd pruski (E. Schayer).

Zasadniczo w społeczeństwach, stosujących reglamentację, prostytutka uzyskuje od organów rządowych (dobrowolnie lub przymusowo) książkę kontroli zdrowia: jej nazwisko i adres zostają zarejestrowane, musi ona zgodzić się na zamieszkiwanie w pewnem określonem miejscu, unikanie towarzystwa kryminalistów, przyzwoite zachowywanie się w miejscach publicznych, wreszcie zgłaszanie się co pewien czas do oględzin lekarskich. Przestrzeganie tych przepisów przez prostytutkę ma na celu zachowanie moralności publicznej oraz zdrowotności publicznej. Możliwą jest rzeczą, że sanitarjat odniósłby korzyść niejaką z reglamentacji, gdyby wszystkie prostytutki, uprawiające nierząd, były zarejestrowane, nie zaś zaledwie drobna ich część. Statystyka jednak wskazuje, że w Paryżu na 50—60 tysięcy istniejących tam prostytutek, jest zarejestrowanych i badanych zaledwie 6 tysięcy; w Berlinie na 20—30 tysięcy, zarejestrowanych jest 3 tysiące; w Brukseli na 3 tysiące, zarejestrowanych jest 182.

Dlaczego tak drobna liczba prostytutek pozostaje pod nadzorem sanitarnym?

Zjawisko to należy sobie tłumaczyć faktem, że nierząd jest zawodem niestałym, lecz przejściowym. Nawet kobieta najbardziej lekkich obyczajów uważa nierząd zawodowy za rzecz przykrą w zasadzie, a konieczność poddawania się rejestracji, jak i „urzędowym" badaniom lekarskim — za rzecz wręcz wstrętną. Natura prostytutki, niehamowana przez odpowiednie czynniki wychowawcze, posiada zbyt wybujałe poczucie niezależności indywidualnej przy zupełnym braku poczucia zależności kolektywno - społecznej, by mogła znosić cierpliwie pręgierz policyjno-nadzorczy. Prostytutka przeciętna (z wyjątkiem umysłowo - niedorozwiniętych, których jest dużo) uważa system rejestracji i przymusowych badań lekarskich za zamach na swą wolność osobistą, na swe prawa ludzkie, a nawet na swą godność kobieca, jakkolwiek ostatni szczegół wydawać się może paradoksalnym.

Jeśli dla prostytutki starszej, od dłuższego czasu uprawiającej nierząd, system reglamentacji jest rzeczą przykrą, to cóż dopiero mówić o prostytutce młodocianej i początkującej, która nie zdążyła się jeszcze wyzbyć swej wstydliwości naturalnej? Prostytutka taka uprawia nierząd częstokroć z przyczyn czysto ekonomicznych, wskutek braku jakiegokolwiek uczciwego zajęcia, lub jako zajęcie dodatkowe (kelnerki, szwaczki, dziewczęta do posług), ponieważ jej zajęcie stałe nie daje jej możności zaspokojenia zachcianek nieco lukratywniejszych. Jest to typ prostytutki dorabiającej, która dorabia nierządem częstokroć czasowo, by z chwilą polepszenia się warunków swej pracy porzucić uprawianie nierządu na stałe lub na jakiś czas. Prostytutki tej kategorji unikają publicznej obrazy moralności i zakłócenia porządku, oraz za wszelką cenę ukrywają swój proceder przed okiem policji. Jeszcze przed niedawnemi czasy policja państw europejskich masowo rejestrowała młodociane dziewczęta.

W Rzeczypospolitej Polskiej rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego (z dnia 6 września 1922 r.) w sprawie wykonywania nadzoru nad nierządem wprowadza system neoreglamentacji (zniesienie domów nierządu i zamiana reglamentacji policyjnej na rejestrację lekarską), nie wspomina nic o podziale rejestrowanych prostytutek na dwie grupy: zawodowych i dorabiających, jednak władze nadzorcze ze względów humanitarnych zalecały oddawna referatom sanitarno obyczajowym

(t. zw. obyczajówkom) segregowanie prostytutek w chwili rejestracji na te dwie grupy.

Kierując się chęcią zrzucenia piętna policyjnego z systemu reglamentacji władze powołały w Polsce do życia, rozporządzeniem wyżej cytowanem, t. zw. Komisje sanitarno - obyczajowe, w których skład wchodzą, oprócz osób urzędowych (lekarza urzędowego i przedstawiciela policji państw.), również przedstawiciele społeczeństwa, czyli delegaci stowarzyszeń opiekuńczych.

Nie bacząc na wszelkie próby usunięcia z reglamentacji dotychczasowego piętna policyjnego, prostytutki nie nabrały zaufania do tego systemu. Nawet obecnie liczba prostytutek tajnych przekracza co najmniej dziesięciokrotnie liczbę prostytutek zarejestrowanych, zarówno zawodowych, jak i dorabiających. Jeszcze żadne miasto nie zdołało zakatalogować wszystkich swych prostytutek. W sidła rejestracji łapią się tylko kobiety niedorozwinięte psychicznie, powolne i apatyczne. *Gros* prostytutek unika rejestracji, znika w jednem miejscu, zjawia się w innem. Wszelkie próby wzmożonej represji i czujności policji spełzają na niczem. Gdy w Paryżu (w r. 1901) przy pomocy silnych represyj policyjnych zdołano zarejestrować 1.574 nowych prostytutek, to w przeciągu tegoż roku 1.880 prostytutek wymknęło się z pod kontroli policyjno - lekarskiej.

By uniknąć przymusowego leczenia w szpitalu, prostytutki wszelkiemi sposobami starają się zmylić rozpoznanie lekarza urzędowego. W tym celu prostytutki warszawskie zwracają się do pewnych ciemnych osobników, którzy robią prostytutce na krótko przed badaniem urzędowem irygację pochwy, oraz smarują cewkę i szyjkę macicy tamponikiem z wazeliną, która uniemożliwia zabarwienie gonokoków w wydzielinach z tych narządów, a zatem uniemożliwia mikroskopowe rozpoznanie rzeżączki. Wziąwszy pod uwagę, że prostytutki stosują wszelkie sposoby, aby wprowadzić w błąd lekarzy urzędowych co do swej choroby, należy stanowczo przypuszczać, że odsetek chorych prostytutek na choroby weneryczne w znacznym stopniu przewyższa liczby podawane przez statystyki urzędowe.

System reglamentacji zasadniczo toleruje i nadzoruje domy publiczne. Domy publiczne nie chronią ludności miejskiej od przykrości nierządu ulicznego (wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu), ponieważ doświadczenie poucza, że wchłaniają one w siebie zaledwie 15 proc. ogółu prostytutek, reszta zaś uprawia nierząd uliczny. Domy publiczne angażują tylko prostytutki młode i świeże, prostytutki zaś więcej zużyte muszą opuszczać domy publiczne i szukać zarobku na ulicy. Zbyt uciążliwy tryb życia prostytutek w domach publicznych wskutek obsługiwania nadmiernej liczby gości prowadzi do zaniedbywania wskutek braku czasu i zmęczenia zabiegów higienicznych przez prostytutkę po przyjęciu gościa, co sprzyja biernemu przenoszeniu choroby z gościa na gościa (*transmission en passage*). W domach nierządu praktykuje się poza tem fikcyjne wymeldowanie „na wyjazd“ prostytutek uznanych przez lekarza za chore, a faktyczne oddawanie ich gościom w czasie braku nadzoru policyjnego (Dr E Schayer). Poza tem domy publiczne są ekspozyturami handlu żywym towarem, gdyż hurtowy import tego towaru ma miejsce tylko do krajów tolerujących domy publiczne. W krajach nietolerujących domów publicznych przypadki handlu żywym towarem są tylko sporadyczne.

Bezwartościowość systemu reglamentacji podnoszono już na kongresach w Brukseli (1873), Paryżu (1867), Florencji (1869) i Wiedniu (1873 r.).

Międzynarodowa Konferencja Towarzystw Czerwonego Krzyża z roku 1921 (Kopenhaga) uchwaliła rezolucję, „że reglamentacja i tolerancja urzędowa nierządu okazała się systemem bezwartościowym w walce z chorobami wenerycznemi“. Konferencja państw zachodnio - europejskich w roku 1921 (Francja, Hiszpanja, Portugalja i Włochy) orzekła w swej rezolucji, że „reglamentacja i tolerancja urzędowa nierządu nie ma wartości zapobiegawczej, a nowoczesne metody zapobiegawcze, lecznicze i wychowawcze mogą ją z powodzeniem zastąpić“! Międzynarodowy Kongres Higjeny Socjalnej i Wychowania Zapobiegawczo - Zdrowotnego oraz Moralnego, odbyty w Paryżu w r. 1923, wyniósł rezolucję: „Reglamentacja nierządu żeńskiego winna być zniesiona i zastąpiona przez system oparty na reglamentacji chorób wenerycznych i hospitalizacji osób chorych w wypadkach koniecznych“.

Profesor Finger (Wiedeń) mówi: „Reglamentacja nigdzie nie okazała się skuteczna o tyle, by wprowadzenie jej spowodowało wyraźny spadek, a zniesienie — wyraźne zwiększenie liczby chorych wenerycznie“. Profesor Neisser (Wrocław): — „Jeśli radykalna rekonstrukcja systemu reglamentacji nie może być dokonana, to lepiej będzie porzucić cały ten system. Obecny system reglamentacji nietylko nie prowadzi do zmniejszenia liczby chorych wenerycznie, lecz raczej do jej zwiększenia“. Dr Engel Reiners (Hamburg): — „Nadzór lekarski nad nierządem ma bardzo mały wpływ na zapadalność męskiej ludności na kiłę i rzeżączkę. Jest rzeczą absolutnie pewną, że choroby te nie są rzadsze tam, gdzie istnieje reglamentacja, niż tam, gdzie nierząd jest zupełnie nieskrępowany“.

System reglamentacji i neoreglamentacji nierządu pozostawia poza nawiasem ludność męską i legjony prostytutek potajemnych, bałamuci opinję publiczną co do bezpieczeństwa korzystania z usług nierządu, pozostającego pod urzędową kontrolą lekarską, demoralizuje służbę bezpieczeństwa, powoduje niebezpieczną pod względem sanitarnym wędrówkę prostytutek w poszukiwaniu miejsc zaciszniejszych od ferworu reglamentacyjnego władz administracyjnych, oraz obniża powagę administracji ogólnej wobec faktu równoczesnej tolerancji i rejestracji nierządu przez władze sanitarne i nietolerancji władz policyjno - porządkowych, oczyszczających ulice, parki, hotele i miejsca rozrywkowe z nierządu.

W chwili obecnej system reglamentacji jest już zarzucony w Anglji, Holandji, Danji, Norwegji, Szwecji, Szwajcarji (z wyjatkiem m. Genewy), Niemczech, Czechosłowacji, Rosji, Kanadzie, Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, Australji oraz kilku republikach Ameryki Południowej. Do zniesienia systemu reglamentacji w tych krajach poza motywem sanitarnym przyczynił się w znacznym stopniu rozpoczęty w roku 1870 pod przewodnictwem Józefiny Butler ruch emancypacyjny kobiet w imię haseł moralno - społecznych.

W krajach, które zarzuciły system reglamentacji nierządu, wprowadzony został system abolicjonistyczny. System abolicjonistyczny jest zmienny w granicach od nihilizmu systemu angielskiego poprzez umiarkowanie systemu skandynawskiego do kagańcowości systemu amerykańskiego. Abolicjonizm oznacza zniesienie nie prostytucji samej, lecz zniesienie ustaw tyczących się rejestracji i przymusowych ogledzin

prostytutek. Prawodawstwo państw abolicjonistycznych zapatruje się jednakowo na postępek prostytutki, biorącej pieniądze za swe ciało, jak na postępek jej klijenta, opłacającego korzystanie z jej ciała. Władze bezpieczeństwa interwenjują tylko z chwilą, gdy uprawianie nierządu powoduje zakłócenie porządku publicznego, obrazę moralności, zarażenie chorobą weneryczną, lub eksploatowanie nierządu przez osoby trzecie. Za zarażenie chorobą weneryczną prostytutka podlega jurysdykcji sądowej, tak jak każda inna osoba zarażająca temi chorobami. Ustawodawstwo angielskie uprawnia policję do aresztowania i doraźnego karania grzywną 40 szylingów lub karą aresztu 14-dniowego za włóczenie się po ulicach i nagabywanie do nierządu. Poza tem angielskie *Common Law* przewiduje zamykanie domów publicznych, jako spelunek, będących zbiorowiskiem kryminalistów.

Prawodawstwo norweskie przewiduje surowe kary za utrzymywanie domów publicznych, stręczycielstwo i t. p. przestępstwa. Przeciw prostytutkom ma zastosowanie ustawa o włóczęgostwie. Ustawa duńska z r. 1906, oraz szwedzka oparte są na podobnych podstawach. Zgodnie z prawodawstwem duńskiem kobieta na podstawie oskarżenia za zarażenie kogoś chorobą weneryczną może być poddana oględzinom przez władze sanitarne za swą zgodą, w razie odmowy sądy są prawomocne zmusić ją do tego. Badanie urzędowe jest dokonywane przez lekarki miejskie; prostytutki chore mogą leczyć się bezpłatnie w przychodniach lub szpitalach, gdzie są przetrzymywane do chwili całkowitego wyleczenia w sensie epidemjologicznym.

System abolicjonistyczny stosowany w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej ma charakter wręcz odmienny od europejskiego. Znaczny rozwój nierządu w okresie wojny światowej, oraz stwierdzenie przez komisje poborowe, że 75 proc. chorych wenerycznie poborowych zarażało się chorobą weneryczną od prostytutek, skłoniły rząd federalny do wypowiedzenia zaciętej walki nierządowi w okresie wojennym i powojennym. Ponieważ walka z nierządem, będąca wyrazem skrajnego abolicjonizmu (*répression*), musi być oparta na odpowiednich sankcjach prawnych, przeto rządy większości stanów wprowadziły do swych kodeksów karnych klauzulę orzekającą, że uprawianie nierządu jest co do swej istoty przestępstwem, które winno być ścigane i karane sądownie. W pewnych stanach karalność dotyczy zarówno prostytutki, jak i jej klijenta.

System amerykański ujrzał światło dzienne w Nowej Anglji, zaludnionej od początku wieku XVII przez potomków wychodźców purytanów, emigrujących z Anglji wskutek nietolerancji religijnej rządów Henryka VIII, Edwarda VI, a szczególniej Wielkiej Elżbiety. Potomkowie purytanów wyrzekających na nietolerancję swej macierzy wykazali w swej przybranej ojczyźnie skrajną nietolerancję (Howard B. Woolston). Pod wpływem ideologji purytańskiej 10 stanów amerykańskich uchwala w r. 1918 prawo, określające nierząd, jako: „oddawanie swego ciała lub korzystanie z ciała innych osób dla stosunku płciowego z chęci zysku albo oddawanie swego ciała lub korzystanie z ciała innych osób dla bezwyborowego (*indiscriminate*) stosunku płciowego bez chęci zysku". W tym akcie prawodawczym trójprzymiotnikowa definicja nierządu (chęć zysku, bezwyborowość i obojętność emocjonalna) została zredukowana do definicji jednoprzymiotnikowej (chęć zysku, względnie bezwyborowość). Jest to przykład śmiałego i arbitralnego upraszczania zjawisk społecznych na

modłę amerykańską. Prawodawstwo wielu stanów północno-amerykańskich posunęło się jeszcze dalej, wprowadzając do swych kodeksów karnych t. zw. *adultery law* (karalność sądowa zdrady małżeńskiej), *fornication law* (karalność sądowa bezmałżeńskiego pożycia płciowego), oraz *injuction and abatement law* (konfiskata i sprzedaż z licytacji nieruchomości i umeblowania oddanych na cele uprawiania nierządu).

Przyznać trzeba, że abolicjonizm skandynawski i amerykański zdołał zwalczyć tylko najbardziej ordynarne i widoczne postacie nierządu, jak domy publiczne i stręczycielstwo uliczne. Zaznaczyć jednak należy, że niebezpieczeństwo chorób wenerycznych nie zmniejszy się w stopniu znacznym, dopóki nie zwalczy się nierządu, subtelnie przesączającego się do życia codziennego społeczeństwa, do klubów sportowych i akademickich, dancingów, miejsc rozrywkowych, uzdrowisk, kąpielisk morskich, a nawet i salonów.

Zapobieganie społeczne nierządowi i jego skutkom winno uwzględnić: 1) zastąpienie ustawodawstwa reglamentacyjnego ustawodawstwem abolicjonistycznem, przewidującem przymus leczenia dla opornych chorych wenerycznych płci obojga, oraz zniesienie domów nierządu, 2) wprowadzenie wysokich kar na handlarzy żywym towarem, sutenerów, właścicieli domów nierządu oraz osoby odnajmujące lokale dla celów uprawiania nierządu, 3) nadzorowanie hotelów, pokojów umeblowanych, zajazdów, wagonów sypialnych, 4) nadzorowanie dancingów, kabaretów, szkół tańca, parków i innych miejsc publiczno-rozrywkowych, 5) dostateczne oświetlenie ulic, parków, portów, miejsc rozrywkowych i prawidłowe planowanie miast (unikanie zaułków), 6) zwalczanie alkoholizmu w drodze ograniczenia udzielanych licencyj na wyszynk alkoholu, szczególniej w portach i miastach portowych, 7) cenzurowanie filmów i widowisk scenicznych, 8) zwalczanie pornografji, 9) zwalczanie kryzysu mieszkaniowego i budowa tanich mieszkań, 10) uzdrowienie moralne rodziny i podniesienie stanu zamożności rodzin pracujących, 11) reforma prawa małżeńskiego na zasadach eugenicznych, 12) wzbronienie zatrudniania kobiet w wieku poniżej lat 21 w barach, restauracjach, nocnych lokalach rozrywkowych, dancingach (fortancerki), kabaretach, zakładach widowiskowych i nieudzielanie paszportów kobietom na wyjazd zagranicę z tytułu *engagement* zagranicznego w powyższym charakterze, 13) wzbronienie z tytułu włóczęgostwa krążenia prostytutkom po ulicach i zaczepiania mężczyzn w celach nierządu, 14) zwalczanie bezrobocia i ubezpieczenia społeczne, 15) dostateczne wynagrodzenie pracy fizycznej i umysłowej, 16) uzdrowienie stosunków majstrów do robotnic fabrycznych; najmujących mężczyzn do najemnych kobiet (służących, robotnic rolnych i t. p.), 17) troska o wykształcenie zawodowe dziewcząt i udostępnienie szkolnictwa powszechnego, 18) udostępnienie młodzieży i sferom pracującym rozrywek, widowisk, miejsc wypoczynkowych, boisk i imprez sportowych, 19) rozbudowa opieki społecznej nad dziewczętami i kobietami (misje dworcowe, opiekujące się kobietami samotnie podróżującemi, domy noclegowe dla przyjezdnych, przystanie, zakłady i fermy zarobkowo-wychowawcze dla dziewcząt zagrożonych moralnie, umożliwiające osiągnięcie wyszkolenia zawodowego i poczynienie oszczędności pieniężnych z pracy w zakładzie), 20) organizacja sądów dla kobiet i wprowadzenie stanowisk kobiet-sedziów, 21) organizacja, względnie

zwiększenie kadr policji kobiecej, 22) oparcie wychowania płciowego młodzieży na fundamencie eugeniki i etyki płciowej.

Całokształt zapobiegania społecznego nierządowi sprowadza się do trzech podstawowych zadań: 1) kształcenia charakteru dziecka przez rodzinę; 2) roztoczenia opieki moralnej nad młodzieżą przez miarodajne czynniki społeczne, oraz 3) uświadomienia przez szkołę. [1])

Dr Wiktor Borkowski

Miejski Ośrodek Zdrowia i Higjena Szkolna w Stanisławowie
w latach 1930 i 1931

Stanisławów, miasto wojewódzkie, liczące do 100 tys. mieszkańców łącznie z peryferjami, ma charakter miasta urzędniczego. Mieszkańcy pod względem narodowościowym tworzą zlepek polsko-ukraińsko-żydowski. Poza pracą, z zamiłowaniem oddają się sportom. Stanisławów leży w pobliżu gór, co daje możność korzystania w zimie z nart, w lecie z turystyki; bliskość rzeki Bystrzycy ułatwia pływanie i wioślarkę. Życie rodzinne jest w wysokim stopniu rozwinięte. Nastrój panuje niemal patrjarchalny.

Miasto, zniszczone podczas wojny, obecnie jest w stadjum rozbudowy i udoskonaleń sanitarnych. Do chwili obecnej miasto częściowo już skanalizowano, założono wodociągi, główne ulice wyasfaltowano; światło gazowe zastępują elektrycznem.

Miasto posiada jeden szpital powszechny, żłobek dla niemowląt polski, ukraiński i ewangelicki; domy dla starców, kalek, ochronki i bursy. Tow. „Toz" roztacza opiekę zdrowotną nad ubogą ludnością żydowską. Prawie każdy mieszkaniec ma zapewnioną opiekę lekarską, czy to w Kasie Chorych, kolejnictwie, czy u lekarza państwowego lub miejskiego, wreszcie najubożsi korzystają z opieki społecznej.

W 1925 r. miejscowe Towarzystwo przeciwgruźlicze założyło poradnię przeciwgruźliczą. Początkowo nie było funduszów na jej prowadzenie, lekarz pracował narazie bezinteresownie, a pielęgniarka — za małem wynagrodzeniem. Poradnia pomaleńku wywalczała sobie prawa. W r. 1928 i 1929 była już w pełnym rozwoju.

W 1923 r. Polski Komitet Pomocy Dzieciom w Warszawie założył Poradnię dla Dziecka w Stanisławowie. Jej stan finansowy przedstawiał się inaczej, niż stan finansowy poradni przeciwgruźliczej.

Poradnia przeciwgruźlicza wydźwignęła się i znalazła oparcie finansowe w subsydjach Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, Towarzystwa Przeciwgruźliczego miejscowego i częściowo w gminie miasta. Tymczasem Poradnia dla Dziecka, początkowo utrzymywana, obficie zaopatrzona i wyekwipowana przez P. K. P. D. ciężkie zaczęła przeżywać chwile kiedy P. K. P. D. odmówiło subwencji. Poradnią zajął się wówczas Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet oraz, częściowo, Magistrat, przy czynnej ofiarności lekarza prowadzącego poradnię, który pożyczył sumę potrzebną na kupno lokalu. Mimo trudności finansowych praca była inten-

---

1) Za zezwoleniem autora przedruk ze „Zdrowia" Nr 3—4, 1932.

sywna i poradnia się rozwijała. Obie poradnie zyskiwały coraz większą popularność i coraz większą liczbę rodzin.

Napływ pacjentów i konieczność realizowania nowych zagadnień zdrowotnych nasunął wreszcie potrzebę utworzenia Ośrodka Zdrowia. W 1929 r. Magistrat przystąpił do budowy, a w marcu 1930 r. budynek był gotów. Na kierownictwo Ośrodka Zdrowia powołano naczelnego lekarza miejskiego Urzędu Zdrowia i pielęgniarkę dyplomowaną, już na kilka miesięcy przed ukończeniem budowy gmachu, celem zorganizowania planu pracy i urządzeń. W dniu 1 kwietnia 1930 r. otworzono Miejski Ośrodek Zdrowia, centralizując w nim istniejące już poradnie dla dziecka, przeciwgruźliczą i uruchomiając poradnie przeciwjagliczą, przeciwwene-



Ośrodek Zdrowia w Stanisławowie Dożywianie dzieci.

ryczną, dla matki, a jako działy pomocnicze kuchnię mleczną i laboratorjum podręczne; z lampy kwarcowej i aparatu Roentgena korzystano w Kasie Chorych. Z dniem 1-go kwietnia 1930 r. rozpoczęłam swoją pracę w Miejskim Ośrodku Zdrowia jako naczelna pielęgniarka.

W tym samym gmachu, co Ośrodek, mieścił się Miejski Urząd Sanitarny i Opieka Społeczna, dzięki czemu współpraca wszystkich trzech instytucyj była znacznie ułatwiona. I tak przy udzielaniu zasiłków biednym, pomocy lekarskiej czy recept na lekarstwa bezpłatne, p. naczelnik Opieki Społecznej mógł otrzymywać wyczerpujące odpowiedzi o stanie materjalnym rodziny od pielęgniarki. Mimo, że te dwie instytucje o odrębnych charakterach, jedna niosąca głównie pomoc materjalną, druga pouczenie zdrowotne, mieściły się pod jednym dachem, pacjenci nauczyli się je rozróżniać.

W każdej z poradni pracował lekarz specjalista. Ośrodek miał trzy pielęgniarki, z tych dwie pielęgniarki wywiadowczynie. Pacjentów przyjmowano bez różnicy wyznań. Jak rozwijał się Ośrodek, najlepiej powie cyfra: w ciągu 1-go roku istnienia Ośrodka Zdrowia liczba pacjentów, która napływała do istniejących już dawniej poradni dla dziecka i przeciwgruźliczej, zwiększyła się o 100 proc.

W okresie tworzenia Ośrodka Zdrowia, już w październiku 1929 r. Magistrat miasta Stanisławowa wysunął projekt zorganizowania higjeny szkolnej w szkołach powszechnych. Z chwilą powstania Ośrodka połączono oba działy pracy. Szkół powszechnych Stanisławów liczył w tym czasie dwanaście, dziatwy na rok szkolny 1930/31 było ponad 4000. Trzem lekarzom miejskim poruczono pracę lekarzy szkolnych, a naczelnej pielęg-



Ośrodek Zdrowia w Stanisławowie. Święto Dziecka.

niarce Ośrodka — pracę pielęgniarki szkolnej. Postanowiono, by Ośrodek ściśle współpracował z higjeną szkolną. Po porozumieniu się z inspektorem szkolnym, wysłano okólnik do wszystkich szkół z zawiadomieniem o organizowaniu się higjeny szkolnej i z prośbą do grona nauczycielskiego o współpracę. Poczem pielęgniarka szkolna odbyła konferencje z dyrektorami wszystkich szkół powszechnych, a następnie z zespołami nauczycieli poszczególnych szkół.

Po przygotowaniu gruntu przystąpiono do pracy.

Podczas I-go roku organizacji higjeny szkolnej wprowadzono karty indywidualne lekarskie dla wszystkich dzieci (wzory warszawskie). Wszystkie dzieci zważono, zmierzono im wzrost. Dzieci nowowstępujące były zbadane przez lekarzy miejskich - szkolnych. Pielęgniarka przeglądała stan czystości poszczególnych dzieci wszystkich szkół, lecz ze względu

na brak czasu, zdołała ich dokonać zaledwie dwa razy w ciągu roku w każdej klasie. Lekarze szkolni badali również dzieci wskazane przez pielęgniarkę jako wątłe, niedożywione, czy wreszcie jako będące w styczności z chorymi.

Lekarze szkolni po zbadaniu kwalifikowali dzieci do odpowiednich poradni Ośrodka Zdrowia. Pielęgniarka szkolna, po zważeniu, zmierzeniu wzrostu, sprawdzeniu stanu czystości, kierowała również dzieci do odpowiednich poradni Miejskiego Ośrodka Zdrowia. Pielęgniarka, wysyłając dzieci do lekarzy szkolnych czy Ośrodka Zdrowia, notowała sobie w specjalnym dzienniku nazwisko dziecka, adres, poradnię lub nazwisko lekarza do jakiego je odsyła. Po powrocie ze szkoły do Ośrodka sprawdzała, czy dziecko zarejestrowano w danej poradni, jeżeli tak, w tym samym dzienniku zapisywała sobie inicjał poradni, a następnie na karcie indywidualnej lekarskiej dziecka w szkole, że leczy się w poradni. Jeżeli pielęgniarka posyłała dziecko do jednego z lekarzy szkolnych, urzędujących w gmachu Ośrodka, to wiadomości o dziecku czerpała z książki lekarskiej, lub porozumiewając się wprost z lekarzem.

Wywiady w domach u dzieci robiły pielęgniarki Ośrodka w swoich dzielnicach. W razie choroby zakaźnej do domów dzieci wskazanych przez szkołę szli lekarze i pielęgniarki.

Duży procent wszawicy, bo dochodzący do 40 proc. liczby dzieci w szkołach zwalczano przez zwoływanie rodziców do szkół, przez pouczanie i nakazywanie czystości. Dziewczynkom z zawszonemi głowami wręczano druczki z przepisami, jak postępować przy wszawicy. Uporczywych brudasów pielęgniarka odsyłała do domów i robiła wywiad domowy, celem pouczenia rodziców na miejscu.

Na duży sprzeciw ze strony rodziców napotkały kąpieliska. Ze względów technicznych kąpieli dla wszystkich szkół przeprowadzać nie było można. Tylko dwie szkoły mieszczące się w jednym gmachu posiadały 24 natryski, lecz położone były na krańcu miasta, tak, że inne szkoły, oddalone o kilka kilometrów, nie mogły korzystać z łaźni. Ograniczono się do kąpania dzieci pięciu szkół położonych w pobliżu natrysków. Rodzice początkowo niechętnie przysyłali dzieci do kąpieli, trzeba było przez pogadanki i konferencje wdrażać ich do nowych zarządzeń zdrowotnych. W kwestji kąpieli dla wszystkich szkół zwrócono się przez inspektorat szkolny do Magistratu miasta Stanisławowa z prośbą o wyzyskanie łaźni prywatnych (prawie w pobliżu każdej szkoły łaźnia sie znajdowała). Właściciele łaźni prywatnych zgodzili się kąpać dzieci szkolne za opłatą 20 groszy od dziecka z warunkiem przyprowadzenia jednorazowo do kąpieli 80 dzieci. Kwestja ta w przyszłości się wyjaśni.

W szkołach pracowano pod hasłem: „Przez dzieci do rodziców, przez rodziców do dzieci". Z dziećmi odbywano pogadanki higjeniczne w poszczególnych klasach. Wnikano do ich domów, wzywano do szkół rodziców. Urządzano zbiorowe pogadanki z rodzicami w każdej szkole. Personel lekarski i pielęgniarski był pod względem liczbowym niewystarczający, lecz pracowano z nadzieją, że w przyszłości cały aparat higjeny szkolnej i Ośrodka się rozbuduje.

Ośrodek Zdrowia łącznie z higjeną szkolną prowadził żywą pracę propagandową nazewnątrz. W miesiącu przeciwgruźliczym zarówno lekarze jak i pielęgniarki Ośrodka brali czynny udział. Urządzano odczyty z przeźroczami, filmy propagandowe i t. p.

W styczniu 1931 r. urządzono w gmachu Ośrodka dwie gwiazdki. Pierwsza gwiazdka dla 40-tu dzieci z poradni dla dziecka urządzona była przy współpracy Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet. Rodzice otrzymali dla dzieci mydło do prania i paczuszki z bielizną. Drugą gwiazdkę w tym samym okresie urządzono dla dzieci należących do pozostałych poradni Ośrodka. Do współpracy zaproszono IV-ty kurs seminarjum żeńskiego, który zajął się urządzeniem gwiazdki. Dzieci były obficie obdarowane, otrzymały buciki, palta, sukienki, duże paczki słodyczy, na miejscu słodki podwieczorek. Śpiewy, gry i zabawy stworzyły nastrój, który jakby przykuwał pacjentów do Ośrodka.

Na Święto Dziecka poszczególne szkoły urządzały uroczystości, a Ośrodek Zdrowia w maju 1931 r. urządził je dla swoich członków. Zaproszono dzieci z rodzicami na 10 godz. rano. Po przemowie do rodziców, dzieciom podano śniadanie, po śniadaniu pielęgniarki i zebrana dziatwa wsiadły do czekającego już, ubranego kwiatami i napisami propagandowemi auta ciężarowego i o godz. 12-ej wyruszyły na objazd ulicami miasta. Wśród śpiewu dziatwy rozrzucano ulotki propagandowe. Choć przez parę chwil całe miasto brało udział w Święcie Dziecka. Ponieważ dzień był pogodny wyjechaliśmy za miasto w góry, a o godz. 15-ej wróciliśmy do Ośrodka na obiad.

Święto Matki poszczególne szkoły organizowały w swoim zakresie, z odczytami urządzanemi dla rodziców przez pielęgniarkę szkolną we wszystkich szkołach. W czerwcu 1931 r. Ośrodek Zdrowia urządził Święto Matki w swoim gmachu. Lekarz prowadzący poradnię dla matek wygłosił odczyt dla licznie zebranych kobiet, a pielęgniarka miała pokaz prawidłowej kąpieli niemowlęcia.

Na specjalną wzmiankę zasługują urządzone w 1931 r. pierwsze miejskie kolonje letnie, których organizacją zajął się Miejski Urząd Zdrowia, Opieka Społeczna i Miejski Ośrodek Zdrowia. Urządzono je dla 80 dzieci w Zarzeczu, w górach, w pobliżu Bystrzycy, korzystając z dwuch niebardzo coprawda odpowiednich budynków szkolnych. Na kolonjach przebywały w lipcu dziewczynki, w sierpniu — chłopcy. Dzieciaki wróciły rzeźkie, opalone, przybytek wagi był znaczny, a jak dzieciom te kolonje przypadły do gustu, dowodziły zapytania, zadawane zaraz po powrocie: „A na przyszły rok pojedziemy? Będziemy się bardzo starać!"

Miejski Ośrodek Zdrowia powziął projekt wybudowania w okolicy podgórskiej pod Stanisławowem bydynku na kolonje całoroczne dla dzieci. Korzystając z ofiarności właściciela Olesiowa Ośrodek uzyskał na ten cel 2 morgi placu, gdzie projektowano w przyszłości wznieść budynek.

W lipcu 1931 r. utworzono przy Ośrodku Zdrowia Komitet Pań Dobroczynnych, mający zająć się dożywianiem ubogiej dziatwy miasta Stanisławowa. Przy poparciu województwa i Magistratu zdobyto trochę pieniędzy i 12 lipca 1931 r. zebrano w Ośrodku Zdrowia 30 dzieci, które od tej chwili dostawały codzień podwieczorek.

Działalność Ośrodka i higjeny szkolnej podaję do września 1931 r., w którym to czasie ze Stanisławowa wyjechałam.

Zaznaczyć muszę, że w miarę realizowania licznych planów zarówno w Ośrodku, jak i w higjenie szkolnej, było zamalo rąk do pracy, ale pracowano w myśl hasła: „niech żywi nie tracą nadziei".

Anna Iżycka

Walka z gruźlicą w stolicy

W czerwcu 1931 r. powstało w Warszawie Centralne Biuro do walki z gruźlicą. Jakie są jego zadania i cele — o tem powie podany niżej memorjał oraz protokół posiedzenia w sprawie biura.

Memorjał

Do Pana Prezydenta M. st. Warszawy
Inż. Zygmunta Słomińskiego

Statystyka zgonów z gruźlicy w Warszawie za rok 1930 wykazuje dalsze stopniowe obniżenie się umieralności. Na 100 tys. mieszkańców zanotowano w Warszawie rocznie w ostatnich 3 latach:

w roku 1928 — 232 zgony,
„ „ 1929 — 223 „
„ „ 1930 — 206 „ *)

To zmniejszenie się skutków jednej z najgroźniejszych chorób społecznych, stanowiącej na całym świecie niemal najpierwsze zagadnienie zdrowia publicznego, nie może być złożone na karb naprawy warunków mieszkaniowych lub ekonomicznych, gdyż one uległy nie polepszeniu, lecz pogorszeniu w ostatnich latach.

Mniejsza liczba zgonów z gruźlicy jest przedewszystkiem wynikiem stale rosnącego uświadomienia społeczeństwa o konieczności samoobrony przed zakażeniem, jest skutkiem walki prowadzonej przez Magistrat, instytucje społeczne i ubezpieczeniowe.

Obecna jednak liczba rocznych zgonów z gruźlicy w Warszawie jest w porównaniu ze stołecznemi miastami innych krajów bardzo wysoką.

Według „*Rapport Epidémiologique Mensuel de la Section d'Hygiène du Secrétariat de la Société des Nations*" z dnia 15/XI — 1930 r. liczba zgonów na 100 tys. mieszkańców wynosiła w roku 1929:

Nazwa miasta:	
Berlin	— 101
Kopenhaga	— 90
Londyn	— 104
Oslo	— 154
Paryż	— 236
Rzym	— 160
Sztokholm	— 149
New York	— 75

Jak widać z tego zestawienia, Warszawa stoi niestety na jednem z gorszych miejsc. Dowodzi to niedostateczności dotychczas prowadzonej walki z gruźlicą, jak również konieczności postawienia jej na odpowiednim poziomie.

---

*) W roku 1931 — 185 zgonów na 100 tys. mieszkańców.

Nie może ulegać wątpliwości, że wszelkie wysiłki walki z gruźlicą, a przedewszystkiem akcja zapobiegawcza, sowicie się opłacą w przyszłości, dając wyniki materjalne w postaci:

1) zmniejszenia strat w materjale ludzkim.

2) Sukcesywnego zmniejszania się kosztów leczenia szpitalnego i sanatoryjnego, ponoszonych przez Magistrat; dotychczasowe obliczenia wykazują, że gmina stolicy pokrywa 40% kosztów leczenia wszystkich chorych na gruźlicę w szpitalach i sanatorjach miejskich. Oprócz tego Kasa Chorych m. st. Warszawy wydaje na ten cel około 2 miljonów złotych rocznie.

3) Zmniejszonych kosztów opieki społecznej, gdyż chorzy na gruźlicę pochodzą przeważnie z niezamożnych sfer stolicy.

Arsenał przeciwgruźliczy, którym rozporządza Warszawa w chwili obecnej jest następujący:

1) sieć poradni przeciwgruźliczych w liczbie 18 jednostek, z których:

a) Wydział Zdrowia Magistratu prowadzi	— 9
b) Warszawskie Towarzystwo Przeciwgr.	— 4
c) Polski Komitet Pomocy Dzieciom	— 1
d) II. Klinika Chor. Wewn. U. W.	— 1
e) Liga Szkolna Przeciwgruźlicza	— 1
f) Tow. „Brijus—Zdrowie"	— 1
g) Tow. T. O. Z.	— 1
Razem:	— 18

2) Łóżka szpitalne i sanatoryjne dla chorych na gruźlicę:

Łóżek szpitalnych jest: w Szpitalu	Wolskim	91
„	Przemienienia Pańskiego	38
„	Św. Łazarza	77
„	Św. Ducha	36
„	Starozakonnych	91
„	Karola i Marji	6
„	Św. Stanisława	100
	Razem:	439

Łóżek sanatoryjnych jest:

a) w sanatorjach miejskich: w Otwocku 240 (40 ma być otworzonych w najbliższym czasie),
w Mieni 70 (dla nieuleczalnych),

b) w sanator. opł. przez Magistr. w Zakopanem 48 (dla dzieci),
w Busku 12 (dla dzieci),

c) w sanator. społecznych:
Warszawskie Tow. Przeciwgr. w Małorycie 60
Tow. „Brijus—Zdrowie" w Otwocku 105
Kasy Chorych m. Warszawy 300 (poza Warszawą),
Liga Szkolna Przeciwgr. w Otwocku 60. — Razem 1000.

Cały obszar stolicy jest obsługiwany przez sieć 18 poradni, które posiadają odpowiednio wyznaczone rejony.

Poradnie przeciwgruźlicze otaczają chorych na gruźlicę opieką domową, uświadamiając ich rodziny o sposobach uniknięcia zakażenia, starają się o umieszczenie chorych w szpitalach i sanatorjach chroniąc,

o ile to jest możliwe, dzieci przed masowem i wielokrotnem zakażeniem. O rozmiarach pracy poradnianej dają pojęcie liczby sprawozdawcze za rok 1929. Lekarze w poradniach pracowali 16.452 godzin ordynacyjnych, udzielając 59.798 porad. Ogółem pacjentów zgłosiło się do poradni 36.133 w tej liczbie rozpoznano 12.012 przypadków gruźlicy.

Na dzień 31 grudnia 1929 r. w poradniach pozostawało pod opieką:

1601 chorych na gruźlicę płuc prątkujących, a więc niebezpiecznych dla otoczenia,

3848 chorych na gruźlicę płuc nieprątkujących,

2848 chorych na gruźlicę gruczołów przyoskrzelowych,

500 chorych na inne postaci gruźlicy.

Poradnie umieściły w szpitalach 423 chorych i w sanatorjach 922 chorych i wykonały 9041 badań plwociny.

Pielęgniarki poradni przeciwgruźliczych odwiedziły rodziny chorych 23.386 razy.

Liczby te wskazują, że rozmiary akcji opieki otwartej poradnianej przekraczają wielokrotnie, z punktu widzenia obejmowania szerokich mas ludności, akcję opieki zamkniętej zakładowej — szpitalnej czy sanatoryjnej.

W roku 1929 około 12 tys. chorych na gruźlicę było pod opieką poradni, natomiast w szpitalach i sanatorjach otrzymało pomoc zaledwie około 2.000 chorych.

Liczba łóżek szpitalnych (439) jest bezwzględnie niewystarczająca. Pod względem liczby łóżek szpitalnych Warszawy nie można wprost porównywać z innemi miastami Europy. — Na 100 zgonów z gruźlicy wypada łóżek szpitalnych:

1) w Berlinie 39
2) w Frankfurcie 56,3
3) w Karlsruhe 88,5
4) w Lubece 114
5) a w Warszawie 19.9

W obecnych ciężkich warunkach kryzysu ekonomicznego, o rozpoczęciu budowy nowych zakładów leczniczych trudno mówić. Hasłem doby obecnej powinno być wyzyskanie istniejących możliwości i usprawnienie metod pracy w celu otrzymania jak największych wyników przy istniejącym stanie rzeczy. — Stwierdzić należy, że dzisiejszy stan sprawy bynajmniej nie sprzyja jak najoszczędniejszej i celowej akcji.

Dane współczesnej nauki wykazują niezbicie, że żadne z wielkich zagadnień zdrowotnych, jak np. walka ze śmiertelnością niemowląt, walka z gruźlicą i t. d. nie mogą być rozwiązane w płaszczyźnie tworzenia samych tylko szpitali i zakładów leczniczych, bądź wychowawczych, gdyż nigdy liczba miejsc w tych zakładach nie będzie wystarczającą, aby objąć całą grupę osobników, podlegających opiece w interesie dobra publicznego. Dziś opieramy się na pojęciu opieki domowej nad chorym w jego środowisku rodzinnem, a tylko w przypadkach najkonieczniejszych posługujemy się szpitalem lub zakładem leczniczym.

W walce z gruźlicą w pojęciu społecznem na naczelne miejsce wysuwa się charakter zakaźny choroby i z tego względu w przypadkach przeludnionych mieszkań, w których chorzy na gruźlicę mają bezpośrednią

styczność z dziećmi, jest rzeczą zasadniczego znaczenia usunięcie chorego z jego środowiska. — Z tego też względu twórcy współczesnego systemu walki z gruźlicą, sir Robert Philip, Calmette, Pütter, Malvoz, a w Polsce ś. p. Wiczkowski, prof. Sokołowski, prof. Janiszewski, ś. p. Dłuski i inni wysunęli jako naczelne hasło jednolite kierownictwo arsenałem przeciwgruźliczym, przyczem stosunek poradni do szpitali powinien być uregulowany przedewszystkiem w ten sposób, że droga do szpitala i do zakładu leczniczego prowadzi przez poradnię, otaczającą opieką rodzinę chorego, jak również, po wypisaniu ze szpitala czy sanatorjum, chory znowu korzysta z opieki poradnianej.

Obecnie opieka otwarta nad chorymi na gruźlicę, prowadzona przez poradnię działa, za niewielkiemi wyjątkami, zupełnie niezależnie od szpitali i sanatorjów. Poradnie kroczą odrębną drogą, napotykając na wielkie trudności przy umieszczaniu chorych. — W roku 1929 zaledwie czwarta część chorych, leczonych w szpitalach i sanatorjach, była chorymi z poradni. — Dotychczas ³/₄ klijenteli szpitalnej i sanatoryjnej rekrutuje się z poza poradni. — Tem samem została pogwałcona naczelna zasada walki z gruźlicą: kierowania chorych za pośrednictwem poradni.

Poradnie stwierdzają, którzy chorzy potrzebują z przyczyn społecznych odosobnienia lub z osobistych — leczenia szpitalnego, lecz wobec tysięcy zgłaszających się, poradnie nie mogą w pełni wykonać swych zadań i znaczna część pracy i kosztów idzie na marne.

Powyższe względy skłoniły wszystkie organizacje społeczne, zajmujące się walką z gruźlicą w stolicy, z Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym na czele, do wystąpienia do Pana Prezydenta z następującemi wnioskami:

1) Koniecznem jest utworzenie w ramach organizacji Magistratu jednego organu centralnego, kierującego całym arsenałem przeciwgruźliczym, to jest: a) poradniami przeciwgruźliczemi, b) dysponującego wszystkiemi łóżkami szpitalnemi i sanatoryjnemi dla chorych gruźliczych, c) świadczeniami opieki społecznej, przeznaczonemi dla chorych na gruźlicę, d) biurem rejestracji wszystkich przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, gdyż koniecznem jest, w interesie dobra publicznego, prowadzenie ewidencji takich chorych.

2) Należy dążyć do zwiększenia liczby łóżek szpitalnych dla chorych na gruźlicę, co da się uskutecznić nawet w ramach dzisiejszej organizacji szpitalnictwa m. st. Warszawy.

W najbliższym czasie zostanie otwarty nowy pawilon szpitalny dla chorych zakaźnych w szpitalu św. Stanisława na 200 łóżek. Z chwilą otwarcia tego pawilonu, ulegną skasowaniu oddziały dla chorych zakaźnych w szpitalach: św. Łazarza, Starozakonnych i przy ulicy Złotej. Łóżka w ten sposób zwolnione, powinny być przeznaczone dla chorych na gruźlicę, choćby ze względu na zakażenie, zagrażające otoczeniu. — Pozwalamy sobie jednocześnie zwrócić uwagę Pana Prezydenta na istniejącą możliwość uruchomienia przy Szpitalu Wolskim baraków dla chorych gruźliczych. Baraki te od szeregu lat stoją bez żadnego użytku, a przy stosunkowo niewielkim nakładzie pieniężnym, w barakach tych znalazłoby pomieszczenie około 100 chorych.

Uważając, że zrealizowanie powyższych postulatów jest paląca potrzebą stolicy i leży w interesie dobra publicznego, ośmielamy się prosić Pana Prezydenta o zwołanie w najbliższym czasie konferencji z udziałem

niżej podpisanych towarzystw, w celu omówienia wniosków przedłożonych.

Polski Związek Przeciwgruźliczy:
(—) *Dr E. Piestrzyński.*

Warszawskie Tow. Przeciwgruźlicze:
(—) *Dr S. Stypułkowski.*

Liga Szkolna Przeciwgruźliczą:
(—) *Dr M. Roszkowski.*
(—) *Dr Federman.*

II. Klinika Uniwersytetu Warszawskiego:
(—) *Dr J. Misiewicz.*

Towarzystwo „Brijus—Zdrowie":
(—) *Dr Salamon.*

Towarzystwo T. O. Z.:
(—) *Dr G. Lewin.*

Polski Komitet Pomocy Dzieciom:
(—) *Dr S. Popowski.*

Warszawa, dnia 2 marca 1931 r.

Protokół

posiedzenia w sprawie walki z gruźlicą w stolicy z dnia 2. czerwca 1931 r.

Obecni: Pp. Prezydent miasta inż. Z. Słomiński — Magistrat m. st. Warszawy; Wiceprezydent M. Borzęcki — Magistrat m. st. Warszawy; Wiceprezydent T. Szpotański. Magistrat m. st. Warszawy; Senator Koerner — Magistrat m. st. Warszawy; E. Kalitowicz — Magistrat m. st. Warszawy; A. Dobraczyński, Wydział Opieki Społ. i Szpit. — Magistrat m. st. Warszawy; Dr. Orzechowski, Dr. Wroczyński; Wydział Zdrowia Publicznego — Magistrat m. st. Warszawy; F. Karpiński, Wydział Warszawskiego Twa Przeciwgruźliczego; Dr. Martyszewski, Warszawskie Two Przeciwgruźlicze; Dr. Stypułkowski, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze; Dyrektor E. Piestrzyński — Dep. Służby Zdrowia i Polski Zw. Przeciwgruźliczy; Dr. Skokowska-Rudolfowa — Dep. Służby Zdrowia; Dr. Grodecki — Polski Zw. Przeciwgruźliczy; Dr. Wiszeniewski — Polski Zw. Przeciwgruźliczy; Dr. Popowski — Polski Komitet pomocy dziec.; Dr. Roszkowski. Liga Szkolna Przeciwgruźlicza; Dr. Salamon — Two „Brijus"; Dr. Lewin — Two „Toz"; Dr. Bakun — Kasa Chorych (Lek. Nacz.); Dr. Stępniewski — Kasa Chorych; Dr. S. Rudzki — Kasa Chorych (Rada Lek.); Gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki — Kasa Chorych (Rada Lek.); Dr. T. Makowski — Kasa Chorych (Rada Lek.); Dr. Stawiński, Kasa Chorych (Okr. Zwiazek).

P. Prezydent Słomiński objął przewodnictwo. zagaił posiedzenie i zaproponował następujący porządek dzienny:

1) Memorjał Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i wszystkich Towarzystw Przeciwgruźliczych w stolicy.
2) Wnioski przedłożone przez Towarzystwa Społeczne;
a) konieczność skoordynowania pracy poradni przeciwgruźliczych ze szpitalami i sanatorjami;
b) konieczność wprowadzenia rejestracji chorych na gruźlicę, niebezpiecznych dla otoczenia;
c) projekt utworzenia centralnego biura do walki z gruźlicą przy Wydziale Zdrowia
d) powiększenie liczby łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla chorych gruźliczych;
e) współpraca z Towarzystwami Społecznemi;
f) współpraca z Kasą Chorych;
3) wolne wnioski.

W sprawie punktu pierwszego porządku dziennego zabrał głos Prezes Związku Przeciwgruźliczego Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. Eugenjusz Piestrzyński. Konieczność skoordynowania walki z gruźlicą poruszaną już była niejednokrotnie w ciągu ostatnich dwóch lat. W dzisiejszych czasach ciężkiego kryzysu ekonomicznego i niemożności czynienia większych inwestycyj jest rzeczą palącą wyzyskanie celowe środków, któremi obecnie rozporządzamy i usprawnienie całej akcji oraz metod pracy. Przedewszystkiem musi być utworzony w Warszawie Centralny Organ do spraw walki z gruźlicą, koordynujący wszelkie poczynania i kierujący całym arsenałem przeciwgruźliczym. Instytucje przeciwgruźlicze społeczne, na czele ze Związkiem Przeciwgruźliczym, we wnioskach zawartych w znanym memorjale stanęły na stanowisku, że Centralne Biuro do walki z gruźlicą powinno być utworzone w Magistracie przy Wydziale Zdrowia. Wydział ten posiada największą liczbę poradni (9 z ogólnej liczby 18) oraz subwencjonuje inne instytucje. Walka z gruźlicą nie da się rozwiązać jedynie w płaszczyźnie społecznej. Niezbędnem jest wydawanie odpowiednich zarządzeń, stosowanie przymusu

w pewnych przypadkach i interwencja władz samorządowych i administracyjnych. Magistrat winien otrzymać mandat i z tego względu, że na terenie stolicy przeznacza na walkę z gruźlicą największe środki. Obecnie chaos panujący w dziedzinie walki z gruźlicą w Warszawie, uniemożliwia osiągnięcie takich wyników, jakich już oczekiwać możemy, chociaż ani nasze szpitale, ani poradnie nie ustępują zagranicznym.

Pułk. Dr. Stefan Rudzki zabiera głos w sprawie drugiego punktu porządku dziennego, t. j. skoordynowania pracy poradni przeciwgruźliczych ze szpitalami i sanatorjami. Walka społeczna z gruźlicą jest prowadzona od 40 lat według klasycznego dzisiaj systemu edynburskiego, którego twórcą jest Sir Philip. System ten, oparty na podstawach naukowych wydał znakomite wyniki na Zachodzie, gdzie jest już od lat stosowany. Podstawą metody Philipa jest powiązanie wszystkich instytucyj przeciwgruźliczych w jeden łańcuch. Ośrodkiem walki społecznej jest poradnia przeciwgruźlicza. Poradnia kieruje chorego do szpitala i sanatorjum, a po ukończeniu leczenia zakładowego obejmuje z powrotem pieczę nad chorym i nad jego środowiskiem rodzinnem. Konieczne jest odpowiednie segregowanie chorych pomiędzy szpitale i sanatorja i kierowanie cięższej chorych do szpitali. Lekarz poradni powinien być w stałej łączności ze szpitalem i z sanatorjum. W ostatnich czasach tworzy się najczęściej sanatorja — szpitale dla różnych kategorji chorych. Każda poradnia powinna mieć pewną liczbę łóżek szpitalnych i sanatoryjnych do dyspozycji. Dopóki nie przeprowadzimy tej zasady w Warszawie, dopóty nie osiągniemy należytych wyników. Droga do szpitala i sanatorjum powinna prowadzić przez poradnię i odwrotnie.

Dr. Wroczyński referuje punkty b) i c) Rozdziału 2 porządku dziennego.

Działalność 18 poradni przeciwgruźliczych, znajdujących się w stolicy (9 Magistratu i 9 społecznych) została dokładnie zbadana. Na szeregu konferencyj z Towarzystwami Społecznemi ustalono podział terytorjalny stolicy. Każda z poradni ma przydzielony odpowiedni rejon. Cyfry sprawozdawcze za rok 1929 wykazują, że do poradni zgłosiło się przeszło 30.000 osób, wśród których stwierdzono 12.000 przypadków gruźlicy. Z tej liczby 1600 było chorych prątkujących to jest najbardziej niebezpiecznych dla otoczenia. Jest rzeczą zupełnie pewną, że ta ostatnia kategorja jest najważniejszą dla poradni. Musimy wziąć pod uwagę charakter zakaźny gruźlicy. Często spotykamy się ze zdaniem, że „dajcie tylko dobre mieszkanie i tanią żywność“, a nie będzie gruźlicy. Twierdzenie to nie jest słuszne. Wystarczy zobaczyć, jak mieszka najuboższa ludność w barakach na Annopolu w mieszkaniach jednoizbowych. Znajdziemy tam bardzo czysto i wzorowo utrzymane izby obok brudnych i niechlujnie utrzymanych w tych samych warunkach. Zakażenie gruźlicą jest ośmiokrotnie częstsze w brudnych i niekulturalnych warunkach. Chodzi o szerzenie kultury higjenicznej. Gruźlica nie szczędzi ofiar wśród sfer zamożnych. Liczba chorych prątkujących, znajdujących sie pod opieką poradni nie jest w Warszawie dostateczną. Moglibyśmy obsłużyć większą liczbę prątkujących. Należy wprowadzić rejestrację tych chorych zgodnie z poleceniem Departamentu V-go Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Rejestracja dotychczasowa jest prowadzona na podstawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i obejmuje wszystkie postaci gruźlicy. Chcemy ograniczyć się narazie do rejestrowania gruźlicy prątkującej płuc i krtani. Dr. Wroczyński ręczy, że liczba prątkujących, znajdujących się pod opieką poradni wzrośnie w miarę rozwoju działalności biura i osiągnie 3000 już po pierwszym roku. Biuro będzie obsługiwać Magistrat, Kasę Chorych, wszystkie instytucje społeczne i będzie zawiadamiać poradnie o chorych znajdujących się na ich terenie. Jednocześnie biuro będzie centralnym organem w stolicy, mającym za zadanie referowanie wszystkich poczynań dotyczących walki z gruźlicą (tworzenia poradni, szpitali, sanatorjów, prewentorjów) powstałych w łonie wydziałów Magistratu, bądź też wśród Towarzystw Przeciwgruźliczych. Żadne posunięcie nie może być uczynione poza biurem, jeżeli dotyczy walki z gruźlicą w Warszawie. Biuro musi dysponować pewną liczbą łóżek szpitalnych i sanatoryjnych. Obecnie sytuacja jest niemożliwa. W roku 1929 z liczby 2000 chorych, leczonych w szpitalach Warszawskich, zaledwie 400 zostało umieszczonych przez poradnie. Utrzymanie tych ostatnich kosztuje około 300.000 złp. rocznie. Jeżeli nie możemy skoordynować poradni ze szpitalami i sanatorjami, to raczej zlikwidujmy poradnie. Kompetencje biura i zakres jego działalności możemy ująć w sposób następujący:

1) prowadzenie rejestracji chorych na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia;
2) koordynowanie całej akcji przeciwgruźliczej na terenie stolicy;
3) referowanie Zarządowi Miasta wszelkich wniosków z dziedziny walki z gruźlicą (poradnie, szpitale, sanatorja i t. p.) z własnej inicjatywy lub innych wydziałów Magistrackich, względnie instytucyj społecznych;
4) umieszczanie chorych gruźliczych w szpitalach i sanatorjach;

5) opracowywanie przepisów, dotyczących procedury przyjmowania chorych w szpitalach i sanatorjach;

Koszty biura wyniosą około 600 złp. miesięcznie. Dr. Wroczyński proponuje pokrycie 300 złp. z kredytów Wydziału Zdrowia, a 300 zł. z kredytów na walkę z gruźlicą Kasy Chorych.

Dr. Bakun, Naczelny Lekarz Kasy Chorych wyraża zgodę na partycypowanie Kasy Chorych w pokryciu wydatków biura do wysokości 300 zł. miesięcznie.

Dr. Konrad Orzechowski, Inspektor szpitali miejskich zabiera głos do punktu d) Rozdziału 2-go porządku dziennego.

Pierwszy odcinek na polu walki z gruźlicą jest już zdobyty. Należy przystąpić do uporządkowania drugiej części zagadnienia, t. j. do łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla gruźliczych. W czasach obecnych na pierwsze miejsce w leczeniu gruźlicy wysuwa się chirurgja. Wyniki lecznicze osiągane temi metodami są coraz lepsze. Łóżka szpitalne mają jeszcze i to znaczenie, że chory, przebywając w zakładzie leczniczym już nie zakaża otoczenia. Dr. Orzechowski podkreśla zdanie wypowiedziane przez przedmówców. Nie wszystkie jednak łóżka szpitalne mogą być oddane do dyspozycji biura. Budżet szpitali przewiduje, że przeszło 50 procent wydatków szpitalnych musi być pokrytych z wpływów. Przydzielenie wszystkich łóżek bezpłatnie do dyspozycji biura, obniżyłoby wpływy szpitali. Może być mowa o ustalonej liczbie łóżek dla biura.

W ramach obecnej organizacji szpitalnictwa można zwiększyć liczbę łóżek dla gruźlicy, bez czynienia wielkich kosztów i budowania nowych fundamentalnych gmachów. Są jeszcze łóżka i szpitale, które nie należycie pracują. Jeden ze szpitali (Św. Stanisława) mieć będzie w niedalekiej przyszłości 600 łóżek i pomieści wszystkich chorych zakaźnych. Zwolni się wtedy 120 łóżek zakaźnych w szpitalu Starozakonnych. Łóżka te mogą być przeznaczone dla gruźlicy. Prócz tego należy wyzyskać istniejące urządzenia. Przy szpitalu Wolskim jest 8 baraków drewnianych, z czego 3 zostały zajęte dla bezdomnych. Pozostałe pięć po przeprowadzeniu remontu nada się na pomieszczenie chorych gruźliczych. Niestety nasi architekci nie lubią remontować, lecz chcą budować monumentalne gmachy. Jeden barak pomieści 30 łóżek. Koszty remontu jednego baraku wyniosą 20.000 złp. Dr. Orzechowski jest zdania, że Kasa Chorych i Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze powinny dać po 30.000 złp. na remont tych baraków. Pan Prezydent miasta przyjąłby na etat szpitalnictwa te nowe 60 łóżek, co powoduje duży roczny wydatek kilkudziesięciu tysięcy złotych. Do zrealizowania tego planu należy przystąpić niezwłocznie jeszcze w roku bieżącym. Moglibyśmy w ten sposób, biorąc pod uwagę i Otwock, uzyskać dla Warszawy nowe 240 łóżek dla chorych gruźliczych.

Dr. Grodecki referuje punkty e) i f) — współpraca z T-wami społecznemi i Kasą Chorych. — Na terenie m. Warszawy musimy liczyć plus minus 26.000 chorych gruźliczych. Z nich połowę, t. j. 13.000 należy do ubezpieczonych na wypadek choroby w Warszawskiej Kasie Chorych, a część ubezpieczonych ma prawo korzystać również ze świadczeń Warszawskiego Z. U. P. U. Z powodu jednak ustawowego ograniczenia terminu świadczeń Kasy Chorych do 9 m-cy dla ubezpieczonych, a 3 m-cy dla członków rodzin, Kasy Chorych nie są w stanie trwale leczyć gruźliczo-chorych i znaczna ich część z tego powodu musi w ostateczności spadać na barki gminy. Z tego wynika, że samorząd miasta, jako taki, musi się liczyć z obowiązkiem dostarczania świadczeń leczniczych znacznie większej liczbie chorych, niżby się początkowo z obliczenia wydawało. Nie obojętnem zatem dla miasta jest, w jaki sposób Kasa Chorych będzie prowadziła leczenie swoich gruźlików, którzy w przyszłości obciążać będą fundusz gminy i już dlatego samego, najściślejsza współpraca na tym terenie pomiędzy miastem, a Kasą Chorych staje się nieuniknioną.

Walka z gruźlicą i jej szerzeniem się wymaga dużych środków pieniężnych i koniecznem jest, aby wydawane one były możliwie oszczędnie i produkcyjnie. Jak mi wiadomo z przeprowadzonej w 1929 roku ankiety, Warszawa w roku 1928 wydała na cele walki z gruźlicą, wliczając w to sumy na budowę i utrzymanie zakładów leczniczych dla gruźlicy, subsydja dla organizacji przeciwgruźliczych oraz sumy wydane na kolonje letnie dla dzieci — prawie okrągłe 8 miljonów złotych. Poza tem Kasa Chorych m. Warszawy na te same cele wydaje rocznie około 2 i pół miljona złotych. Objęte instytucje wydają zatem z powodu gruźlicy 10 i pół miljona złotych, a jak wiemy, pomimo to, walka z gruźlicą na terenie miasta nie stoi na tym poziomie, na jakim znajdować się powinna. Że nie zależy to od braku środków finansowych, przekonuje następujące obliczenie, ujmujące leczenie i opiekę nad gruźliczo-chorymi bardzo szeroko. Według obliczeń Dra Wroczyńskiego i Dra Sielickiego koszt opieki poradnianej wynosi przeciętnie na jednego gruźlika 45 zł. Gdyby więc poradnie warszawskie objęły

wszystkich chorych gruźliczych, to pociągnęłoby to za sobą wydatek: 45 zł. × 26.000 = 1,170.000 zł. Przypuszczając dalej, że każdy z 8000 rzeszy gruźlików prątkujących spędzi 100 dni w roku w zakładzie leczniczym, a wysokość kosztu dnia leczniczego w zakładzie wyniesie, jak to oświadczył p. Dr. Orzechowski 10 zł., to wydatek z tego tytułu wynosić będzie: 10 zł. × 800.000 = 8,000.000 złp. Ponieważ w Warszawie nie posiadamy dostatecznej liczby miejsc dla zakładowego leczenia gruźlicy i liczyć się musimy ze stałem powiększaniem tych miejsc, jednak systemem budowy najtańszym — barakowym, przy którym całkowity koszt jednego łóżka nie powinien przekraczać 5.000 zł., to budując 200 miejsc rocznie, wydatek na ten cel winien wynieść: 5000 × 200 = 1,000.000 złotych. Wreszcie doliczając do tego 2,000.000 zł. na kolonje letnie dla dzieci, otrzymamy ogólną sumę wydatków rocznych na walkę z gruźlicą w wysokości 12,170.000 zł. Jak widzimy suma ta nieznacznie tylko odbiega od sumy wydawanej już obecnie, a gdybyśmy uwzględnili wydatki, jakie z powodu gruźlicy ponoszą organizacje społeczne: Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze, Liga Szkolna Przeciwgruźlicza, T-wo „Brijus“ i „Toz“ i t. p., to prawdopodobnie osiągnęlibyśmy sumę obecnych wydatków równą sumie, jaką uważamy za niezbędną dla postawienia walki z gruźlicą w Warszawie na odpowiednim poziomie. Wymowa tych liczb wskazuje na potrzebę jak najściślejszego skoordynowania pracy na terenie walki z gruźlicą pomiędzy miastem, Kasą Chorych i organizacjami społecznemi.

Kasa Chorych, jak miałem możność przekonać się na Zjeździe Warszawskiego Okr. Związku Kas Chorych w dniu 31 maja ub. r. konieczność tę zupełnie jasno sobie uświadomiły, wynikiem czego była uchwała Zjazdu, wskazująca Kasom Chorych Warszawskiego Okręgu na konieczność najściślejszej współpracy z Samorządem i Organizacjami Społecznemi, oraz na konieczność wydzielania gruźliczo-chorych z ogólnych ambulatorjów kasowych i przekazania ich poradniom przeciwgruźliczym. Doniosłość tej uchwały dla akcji przeciwgruźliczej jest oczywista i poradnie warszawskie będą zmuszone pracy tej się podjąć, jednak podołać jej, nie powiększając swego personelu i swych wydatków nie będą w stanie. Tu znów wynika konieczność ścisłego porozumienia się i współpracy pomiędzy Kasą Chorych, Magistratem, T-wami Przeciwgruźliczemi. Jak widać więc konieczność tej współpracy na terenie walki z gruźlicą pomiędzy zainteresowanemi instytucjami widoczną jest na każdym etapie walki, woła o nią życie i nakazują liczby.

Pan Prezydent Słomiński streszcza przemówienia wszystkich mówców. Przychyla się do konieczności współpracy z Kasą Chorych i instytucjami społecznemi. Zwraca się do tych instytucyj o wyasygnowanie kwot podanych przez Dra Wroczyńskiego i Dra Orzechowskiego. Uważa, że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych powinno przyjść w tym przypadku z pomocą.

Sprawę rozszerzenia liczby łóżek szpitalnych Magistrat weźmie pod uwagę i załatwi we własnym zakresie działania.

Dr. Wroczyński i Dr. Orzechowski będą musieli zagadnienie to rozwiązać.

P. Prezydent poddaje kolejno pod głosowanie wnioski zgłoszone przez mówców do poszczególnych punktów.

Zebranie jednomyślnie uchwaliło wspomniane wnioski:

1) konieczność skoordynowania pracy poradni przeciwgruźliczych ze szpitalami i sanatorjami;
2) wprowadzenie rejestracji chorych gruźliczych prątkujących;
3) utworzenie centralnego biura przy Wydziale Zdrowia według projektu, zakresu działania i uprawnień podanych przez Doktora Wroczyńskiego;
4) dążenie do powiększenia liczby łóżek szpitalnych według projektów przedłożonych przez Dra Orzechowskiego, oraz zaproszenia do współpracy czynnej Kasy Chorych i Towarzystw Przeciwgruźliczych.

W dyskusji zabierali głos:

Dr. Wroczyński, który wyjaśnił, że projektowane biuro nie liczy na przydzielenie mu do dyspozycji tylko bezpłatnych łóżek, owszem chodzi również o łóżka płatne całkowicie lub częściowo.

Dr. Roszkowski zwraca uwagę na doniosłość zagadnienia walki z gruźlicą wśród dzieci szkolnych. Najbardziej aktualną jest obecnie sprawa powiększenia liczby łóżek dla chłopców z gruźlicą otwartą.

Liga Szkolna Przeciwgruźlicza poczyniła wszelkie niezbędne ku temu kroki i prosi tylko o pomoc ze strony Magistratu i innych kompetentnych czynników. Jeszcze przed pięciu laty prawie połowa naszych dzieci była zakażona gruźlicą — przeważnie gruczołowa.

Obecnie liczba chorych na gruźlicę dzieci spadła o 50%. Przyczyniła się do tego akcja kolonij i półkolonij letnich, prowadzonych przez miasto, Kasę Chorych i T-wa społeczne.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Przewodniczący — Prezydent m. st. Warszawy (—) Z. *Słomiński.*

Polski Związek Przeciwgruźliczy: (—) *Dr. Piestrzyński,* (—) *Dr. Grodecki.*

Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze: (—) *Dr. Stypułkowski.*

Wydział Opieki Społ. i Szpit.: (—) *A. Dobraczyński,* (—) *Dr. Orzechowski.*

Liga Szkolna Przeciwgruźlicza: (—) *Dr. M. Roszkowski.*

Kasa Chorych m. st. Warszawy: (—) *Dr. Bakun.*

Rada Lekarska Kasy Chorych: (—) *Dr. Rudzki.*

Wydział Zdrowia Publicznego: (—) *Dr. Wroczyński.*

Towarzystwo Brijus: (—) *Dr. Salamon.*

Towarzystwo Toz: (—) *Dr. Lewin.*

Dnia 17-go czerwca Prezydjum uchwaliło przyjąć następujący

Wniosek

Zgodnie z uchwałami konferencji, odbytej dnia 2 czerwca r. b. pod przewodnictwem Pana Prezydenta miasta przy udziale członków Magistratu, przedstawicieli zainteresowanych wydziałów, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Kasy Chorych oraz instytucyj społecznych, zostanie utworzone Centralne Biuro do walki z gruźlicą przy wydziale zdrowia publicznego.

Kompetencje Biura ustala się jak następuje:

1) prowadzenie rejestracji chorych na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia,
2) koordynowanie całej akcji przeciwgruźliczej na terenie stolicy,
3) referowanie Zarządowi Miasta wszelkich wniosków w dziedzinie walki z gruźlicą (poradnie, szpitale, sanatorja i t. p.) z własnej inicjatywy lub z inicjatywy innych wydziałów Magistratu, wzgl. instytucyj społecznych,
4) umieszczanie chorych gruźliczych w szpitalach i sanatorjach,
5) opracowywanie przepisów, dotyczących procedury przyjmowania chorych do szpitali i sanatorjów,
6) dysponowanie odpowiednią liczbą miejsc dla chorych gruźliczych w szpitalach i sanatorjach w porozumieniu z Wydziałem Opieki Społecznej i Szpitalnictwa.

Koszty prowadzenia Biura w wysokości zł. 600 miesięcznie pokryć:

a) zł. 300 mies. z kredyt. § 155 budż. 1931/32 r. „na walkę z chorobami zakaźnemi do dyspozycji Magistratu",
b) pozostałe zł. 300 mies. pokrywać będzie Kasa Chorych m. st. Warszawy, zgodnie z deklaracją jej Naczelnego Lekarza, złożoną na wzmiankowanej konferencji.

Realizacja Centralnego Biura do walki z gruźlicą

W myśl uchwały Rady Miejskiej z dnia 17 czerwca 1931 r., z dniem 1-szym lipca 1931 r. zostało utworzone przy Wydziale Zdrowia Magistratu Centralne Biuro do walki z gruźlicą. Kierownictwo Biura objął Naczelnik Wydziału Zdrowia Dr Wroczyński. Akcję swą

Biuro rozpoczęło od przygotowania odpowiednich druków potrzebnych do rejestracji chorych niebezpiecznych dla otoczenia, a więc druków dla centrali, zgłoszenia poradni, zawiadomień poradni o wypadku gruźlicy na ich terenie i t. p. Następnie rozpoczęto rejestrację w dniu 1-szym w r z e ś n i a 1931 roku. Rozpoczęto rejestrować chorych, znajdujących się pod opieką wszystkich p o r a d n i p r z e c i w g r u ź l i c z y c h. Następnie rozpoczęto zgłaszanie przez K a s y C h o r y c h. Ostatnio przystąpiono do zgłaszania przez s z p i t a l e i s a n a t o r j a. Następnym etapem będą lekarze wolno praktykujący.

Ponadto przystąpiono do podziału terytorjalnego poradni w stosunku do szpitali. Każda poradnia będzie posiadała pewną liczbę łóżek w szpitalu, do którego będzie kierowała swoich chorych, a zatem rozpoczęto częściowe realizowanie drugiego punktu uchwały. W najbliższej przyszłości Biuro ma zamiar wprowadzić w czyn wszystkie punkty ustalone i zatwierdzone przez Radę Miejską.

Końcowym etapem organizacyjnym będzie utworzenie przy Biurze działu świadczeń opieki społecznej dla chorych gruźliczych, ale to jest dopiero projekt dalszej przyszłości.

Odżywianie w chorobie

(Ciąg dalszy)

Odżywianie w chorobach wątroby:

Aby zapobiec zbędnemu powtarzaniu, podam pewne ogólne dietetyczne wskazówki dla odżywiania chorych na różne niedomagania wątroby, poczem przejdę do wytycznych dla diety w poszczególnych chorobach tego organu.

Objawy ogólnie zwane „atakami wątrobianemi" są rezultatem niejednokrotnie przejadania się. Wiele osób, cierpiących na obstrukcję, doznaje takich ataków. Tu nasuwa się odrazu wskazówka, jaką należy przedsięwziąć kurację. Zalecone są odpoczynek i uregulowanie wypróżnień. W bardzo dokuczliwych atakach należy ograniczyć rację pokarmową na kilka dni, oraz zażyć stosownie do zleceń lekarza pewne środki jak kalomel, salol lub inne. Celem kuracji dietetycznej we wszystkich chorobach wątroby powinno być zapewnienie temu organowi możliwie najmniejszej pracy. Nie znaczy to jednak, aby rozleniwić wątrobę. A więc prosta dieta mieszana jest dozwolona.

Przy pewnych schorzeniach, gdy funkcja wątroby jest uszkodzona, należy ograniczyć tłuszcz i białko. Wiemy już, że pewne pokarmy lub ich składniki są szkodliwe na wątrobę co do efektu, jaki wywołują, co do wielu jednak pokarmów zdania są podzielone. Lepiej nie przypisywać specyficznej roli poszczególnym pokarmom, gdyż ta nie jest jeszcze stwierdzona. Raczej należy brać pod uwagę i n d y w i d u a l n y s p o s ó b r e a g o w a n i a na poszczególne pokarmy i ich zestawienia. Nadmierne jedzenie jest z dwóch względów szkodliwe: 1) z powodu obarczenia pracą wątroby, 2) przy nadmiernem jedzeniu wytwarzają się procesy fermentacyjne i gnilne. Produkty działania bakteryj — substancje niejednokrotnie trujące, działają na wątrobę jak alkohol.

Nadmierne spożywanie alkoholu wywołuje wyraźne zmiany w wątrobie. Stwierdzono to na zwierzętach i na ludziach. W całej serji doświadczeń w John Hopkins Hospital, Baltimore, zmiany, prowadzące do *cirrhosis* (marskość) wątroby wywołane były pobieraniem alkoholu. Niektóre jednak osoby mogą pić alkohol bez szkodliwego wpływu na wątrobę.

Nadmiar alkoholu przez dłuższy czas prawdopodobnie wywołuje chroniczne zmiany w tkankach. Poza pewną granicą używany alkohol (dla różnych osób różne mogą być granice dawki, która się normalnie spala) staje się trucizną. Podczas chorób z gorączką duże ilości alkoholu mogą być przyjęte z korzyścią dla organizmu. (Alkohol daje dużo kaloryj: 1 cm.³ — 7 kaloryj). Mniej więcej 60 cm.³ alkoholu w ciągu 24 godzin może być spożytych bez szkody. Lekkie wino i piwo stanowi mniej skoncentrowany alkohol, a więc mniej szkodliwy od wódki.

W e w s z e l k i c h c h o r o b a c h w ą t r o b y n a l e ż y u n i k a ć a l k o h o l u, chyba że jest specjalnie zalecony przez lekarza. W każdym razie należy go podawać w małej ilości i dużem rozcieńczeniu.

Pewne pokarmy i przyprawy działają pobudzająco na wątrobę. Do takich należą: korzenie, musztarda, skoncentrowane ekstrakty mięsne, mocne rosoły i substancje tworzące się w pieczonem i smażonem mięsie i rybach. Zaleca się rzodkiewki, chrzan, surową cebulę lub racjonalnie zapiekaną (o czem niżej), selery, zielone sałaty, szpinak z czosnkiem, jako pokarmy regulujące wydzielanie żółci. Mocna kawa i herbata są szkodliwe, lekka herbata jednak zupełnie dobrze jest znoszona w większości wypadków. Soli naogół należy używać mniej, niż normalnie.

W bardzo ciężkiem stadjum różnych schorzeń wątroby dieta musi być ograniczona do mleka rozcieńczonego lub peptonizowanego, kleików, kefiru. Soki owocowe, lemonjady można dawać bez ograniczeń.

W nieco łagodnieszych przypadkach i podczas rekonwalescencji dieta nie powinna już być tak ścisła i ograniczona. W wielu wypadkach dozwolone jest białe mięso, twarożek, zawsze czerstwe pieczywo, jarzyny, świeże owoce, kompoty niezbyt słodzone. W chronicznych przypadkach i lżejszych niedomaganiach następujące artykuły mogą wejść do racji pokarmowej: mleko, w różnorodny sposób użyte do napojów i potraw, świeże jajka do potraw, chude mięso; jeśli wołowina, to jedynie przypiekana krótko „po angielsku", kurczęta, gołębie, ryby niezbyt tłuste. Świeże sałatki z jarzyn gotowanych z dodatkiem surowych z cytryną i oliwą. Kartofle najlepiej pieczone w całości. Wśród mącznych potraw delikatne kluseczki z mąki, manny, kaszki krakowskiej, bułki suszonej. Pieczywo czerstwe i grzanki; kasze długo gotowane. Owoce świeże, szczególnie: 1) w i n o g r o n a, 2) p o m a r a ń c z e, 3) truskawki, 4) dojrzałe śliwki i gruszki, 5) dojrzałe brzoskwinie. Gotowane kompoty lub pieczone jabłka mogą stanowić pożyteczny deser. Przy obstrukcji kompot ze śliwek suszonych lub ciepła lemonjada z miodem zamiast cukru na czczo. Wody mineralne, szczególnie Vichy, lepiej jednak zasięgnąć porady lekarza.

Pokarm powinien być spożywany powoli, dobrze żuty i nigdy w większych ilościach naraz. Jeżeli pacjent lubi mleko, można mu dawać je w większej ilości a w ten sposób zmniejszać ilość innych pokarmów i wprowadzić posiłki częstsze, co 3—3½ godz., poczynając od ciepłego płynu natychmiast po przebudzeniu. Pacjent powinien odpocząć przynajmniej 10—15 minut w pozycji leżącej przed jedzeniem i natychmiast po jedzeniu przynajmniej na 1-szy okres trawienia, t. j. 15—20 minut po

posiłku. W żadnym wypadku pacjent nie powinien jeść w stanie zmęczenia, zziębnięcia lub zdenerwowania. W pewnych chronicznych wypadkach, jak degeneracja tłuszczowa, chroniczny hepatitis, należy szczególnie zwracać uwagę na higjeniczny tryb życia.

Jednym z dość częstych objawów chorób wątroby jest żółtaczka (*Icterus catarrhalis*). Mamy tu do czynienia z częściowem lub kompletnem wyłączeniem żółci z jelit, z powodu zatrzymania wypływu żółci w pewnym punkcie. Procesy trawienia nie odbywają się wtedy normalnie skutkiem braku żółci. Wątroba pozwala na przechodzenie żółci do systemu krążenia i dlatego obserwujemy żółte zabarwienie skóry skutkiem obecności pigmentów żółci we krwi i limfie. Żółtaczka nie jest więc jednostką chorobową, lecz następstwem różnych stanów chorobowych, jak np. zapalenia woreczka żółciowego, kataralnego stanu dróg żółciowych, wreszcie zjawia się przy żółtej febrze i innych chorobach.

Dietę odpowiednią stosujemy zależnie od diagnozy lekarza.

Ogólne zaburzenia trawienne, które przy każdej z chorób, połączonych z żółtaczką, występować mogą, polegają najczęściej na nadkwasowości, katarze kiszek, nasileniu procesów gnilnych w jelitach. Zaburzenia te sprowadzają dość poważne komplikacje z punktu widzenia dietetyki, a zwłaszcza komplikuje sprawę kuracji b r a k a p e t y t u.

Pierwszym krokiem przy kuracji dietetycznej jest ograniczenie tłuszczu, gdyż przy braku żółci, tłuszcz wywołać może zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Głodówka 1—2 dniowa, to znaczy tylko soki owocowe jako posiłek, — zwykle dobrze robi chorym, którzy wtedy właśnie nabierają apetytu. Naogół pożądane jest zmniejszenie białka (dieta bezmięsna). Węglowodany wskazane bez ograniczeń z 3 powodów: 1) gdyż one nie drażnią schorzałej wątroby, 2) wśród naszych składników pokarmowych węglowodany mają wpływ podniecający na wydzielanie żółci (żółciopędne są soki z warzyw i owoców, rzodkiewka, selery), 3) zwiększają ilość glikogenu i czynią wątrobę odporniejszą.

Jednakowoż przy zaburzeniach trawiennych lub stanie kataralnym zbyt skoncentrowane pokarmy węglowodanowe jak np. cukier nie są wskazane, gdyż wywołują fermentację. Słodycze należy ograniczyć, ale nie wyłączać z diety, zresztą zależy to od indywidualnych właściwości organizmu. Woda może być podawana bez ograniczeń. Mleko bez śmietanki, o ile chory nie ma wogóle wstrętu do mleka, jest bardzo wskazane. Po 1—2 dniowej diecie wyłącznie mlecznej (reagowanie na mleko nie jest jednakowe, dlatego należy bacznie obserwować, czy mu mleko służy i czy mu się nie przykrzy), stosować należy kleiki, rozgotowane kaszki, lekkie budynie z kasz i warzyw. Owoce. Porcje małe, często podawane są najlepsze, gdyż podniecają wydzielanie się żółci i mniej obarczają utrudnione trawienie.

Obniżenie ilości tłuszczu wraz ze zmniejszeniem się apetytu mogą sprowadzić zbytnie zmniejszenie kalorycznej wartości racji pokarmowej, należy więc stale obliczać ogólną ilość kalorji, aby nie doprowadzać do wychudzenia. Dlatego to niektórzy podają tłuszcze w łatwo emulsyfikującej się formie, t. j. oliwy, śmietanki. Gdy zachodzi niechęć do mleka, którą często spotykamy u osób cierpiących na niedokwaśność żołądka, należy podawać śmietankę, lekką herbatę ze śmietanką, używać śmietanki do jarzyn, zup, śmietany zaś należy unikać. Obfitość witamin i soli mineralnych, szczególnie zaś żelaza jest bardzo ważna dla budowania

czerwonych ciałek krwi, dlatego podajemy soki ze świeżych owoców i jarzyny w łatwo strawnej formie.

Dieta przy kamicy żółciowej. Zajęcie dróg żółciowych (*cholelithiasis*) jest najczęstszym bezpośrednim powodem kamicy żółciowej. Przyczyny jej są: siedzący tryb życia, obstrukcja, otyłość, infekcje. W każdym razie złe przyzwyczajenia jedzeniowe i usposobienie dziedziczne do tej choroby są najważniejszemi przyczynami. Kobiety częściej znacznie chorują niż mężczyźni. Podczas ataku nic nie należy dawać do spożycia, póki bóle nie ustaną. Gdy żołądek pozwoli na przyjmowanie pokarmów, należy rozcieńczyć mleko wodą Vichy i podawać co 2 godziny, na zmianę z czarną kawą, potem przejść na dietę półpłynną i stałą lekkostrawną.

Pooperacyjna kuracja dietetyczna powinna mieć na uwadze zapobieganie chorobie. Całkowite usunięcie tłuszczu z diety (jak to dawniej mniemano) nie jest wskazane, gdyż i tak mniejsze ilości są wchłaniane i zasymilowane niż normalnie, należy je wszakże podawać w możliwie najstrawniejszej formie t. j. bitej śmietanki, świeżego masła, najlepiej oliwy.

Ponieważ chory ma najczęściej skłonność do obstrukcji, należy jej zapobiegać. A więc naczczo pół szklanki wody przegotowanej z łyżeczką miodu i sokiem z połówki cytryny, lub przetarte śliwki, sok z pomarańczy, obfitość jarzyn stanowić powinny dostateczne środki do uregulowania wypróżnień. Wogóle zapobieganie kamicy żółciowej polega na zdrowej, normalnej diecie łatwo strawnej *).

Marskość wątroby (*cirrhosis*). Przyczyną marskości wątroby jest nadmiar używanego alkoholu, dłuższe używanie ostrych przypraw oraz prawdopodobnie chroniczne zatrucia jelitowe i destrukcja komórek wątroby na skutek chloroformu lub innych substancyj. Należy zmniejszyć ilości białka w diecie, aby ulżyć pracy nerkom, i ilości tłuszczu, gdyż te są gorzej utleniane. Posiłki dawać częściej i w małych ilościach. Hanot w swej monografji tej choroby zaleca mleko w dużych ilościach, 5—6 szklanek dziennie. W wypadkach, gdy pacjent nie lubi mleka, daje się enemy lub zastrzyki z mleka. Poza tem jarzyny, jaja w potrawach mącznych, kaszki, owoce. Przy marskości wątroby często są zaatakowane serce, nerki i przewód pokarmowy. Lekarze francuscy zalecają dietę mleczną (np. Karella), gdyż mleko jest dobrym środkiem diuretycznym i usuwa szkodliwe substancje z organizmu.

Otłuszczenie wątroby w wypadku otyłości można leczyć zapomocą zwykłej diety obchudzającej. Jeżeli otłuszczenie wątroby spowodowane jest gruźlicą lub innemi chronicznemi infekcjami, należy ustalić odpowiednią dietę. Wogóle pokarmy muszą być łatwo strawne: mleko, chude mięso, jaja gotowane poniżej 100° C. Potraw smażonych tłustych należy unikać.

Marja Morzkowska
Mg. przyrody i dietetyki

---

*) Często zdarzają się w drogach żółciowych pasorzyty zwane *Ascaris lumbricodes*. Należą one do robaków okrągłych. Czasem zjawiają się również z tejże rodziny *Ascarides* (Askarydy), robaki zwane *Oxyuris vermicularis*. Wprowadzone bywają do przewodu pokarmowego przez niehigjenicznie utrzymywane produkty, szczególnie mięso. Historja rozwoju tych pasorzytów nie jest jeszcze dokładnie zbadana.

Kronika pielęgniarska

UROCZYSTOŚĆ ROZDANIA DYPLOMÓW W WARSZAWSKIEJ SZKOLE PIELĘGNIARSTWA

Dnia 12-go marca 1932 roku w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 38 absolwentkom. Sala koncertowa ledwo mogła pomieścić zebranych, przedstawicieli Rządu i Samorządu, Uniwersytetu, instytucyj społecznych oraz licznych gości.

Prezes Zarządu Szkoły Dr. Jan Surawski otworzył zebranie, zaznaczając szczególną wagę tegorocznej uroczystości wobec tego, że między nowemi absolwentkami znajdują się dwie siostry Zakonu św. Wincentego à Paulo.

Dyrektorka Szkoły, p. Zofja Szlenkierówna wygłosiła roczne sprawozdanie, w którem wskazała rozwój oraz dalsze zamierzenia Szkoły.

W roku sprawozdawczym otwarto dział higjeny szkolnej, jako teren praktyki dla słuchaczek. Dzięki życzliwemu zrozumieniu sprawy przez Wydział Szkolny i Wydział Zdrowia Magistratu m. Warszawy w osobach Dra Roszkowskiego i Dra Wroczyńskiego. Szkoła uzyskała 2 szkoły powszechne, liczące około 1500 dzieci, przy ul. Świdrzańskiej i Garwolińskiej na Grochowie, leżące w okręgu VIII-go Ośrodka Zdrowia, w którym słuchaczki odbywają praktykę. Tego rodzaju skoncentrowanie całego działu pielęgniarstwa społecznego z jednej strony ułatwia wgląd w pracę słuchaczek, a z drugiej strony obrazuje racjonalną organizację pielęgniarstwa społecznego. Jako instruktorka, pracuje w szkołach absolwentka Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa p. Joanna Pyciówna, która odbyła dodatkową praktykę pod kierunkiem p. Haliny Legutko, instruktorki higjeny szkolnej w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek w Krakowie.

Celem przygotowania słuchaczek do pracy w żłobkach, Dyrekcja Szkoły poczyniła starania zdobycia odpowiedniej praktyki w żłobku dziennym w Państwowej Wytwórni aparatów telefonicznych znajdującej się tuż obok VIII. Ośrodka Zdrowia. Na stanowisko kierowniczki żłobka została wybrana p. Janina Jasińska, absolwentka Warsz. Szkoły Piel., która była poprzednio przez 3 lata instruktorką w Uniw. Szkole Pielęgniarek w Krakowie i odbyła dalsze studja pielęgniarskie zagranicą. Objęła stanowisko 1 grudnia z tem, że po zorganizowaniu przez nią pracy, po kilku tygodniach będą jej przydzielane kolejno słuchaczki.

20-go maja 1931 roku zawiązano **Towarzystwo Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa**, którego głównem zadaniem jest znalezienie źródeł, któreby dały możność zorganizowania dla niezamożnych słuchaczek pomocy materjalnej przez stworzenie funduszu zapomogowego na drobne pożyczki słuchaczkom, zwłaszcza po ukończonych studjach, możność wyjazdu na lato, odbywania kuracji w wypadku ciężkiej choroby w okresie studjów. Obok tego działalność Towarzystwa ma na celu propagowanie idei Szkoły i stworzenie łączności pomiedzy Szkołą a społeczeństwem. Mimo krótkiego okresu istnienia Towarzystwa, Szkoła odczuła jego dobroczynną działalność: sześć słuchaczek mogło dzięki niemu wyjechać na wakacje — a 8 słuchaczek korzystało z zasiłków.

Fundacja Rockefellera przyznała Szkole stypendium dla przedstawionej przez Dyrekcję Szkoły kandydatki p. Marji Brzozowskiej, absolwentki Głównej Szkoły gospodarczej w Snopkowie, na odbycie studjów w dietetyce. P. Brzozowska odbyła miesięczną praktykę w Warsz. Szkole Pielęgniarstwa pod kierunkiem p. Marji Morzkowskiej, mag. dietetyki; prowadzącej dział diet specjalnych na klinice chorób wewnętrznych Prof. Orłowskiego, następnie wyjechała w końcu kwietnia do Stanów Zjednoczonych Ameryki z terminem powrotu na 1. lutego 1932 r.

Fundacja Rockefellera, której stałe zainteresowanie i życzliwość Szkoła stale odczuwa, skierowała do Szkoły swoje stypendystki, p. Marję Secrier — obecnie asystentkę dyrektorki jednej ze szkół pielęgniarstwa w Rumunji, a następnie Węgierkę p. Teőke, obecnie instruktorkę w Szkole pielęgniarstwa w Debreczynie. Kierowniczka działu pielęgniarskiego Fund. Rockefellera na Europę, Miss Elisabeth Crovell oświadczyła, że jedynie brak znajomości języka polskiego przez stypendystki powstrzymuje ją od stałego kierowania ich do szkół pielęgniarstwa w Polsce.

Wycieczek z kraju i z zagranicy było 17, ogółem zwiedziły Szkołę 452 osoby.

19-go października 1932 r. Szkoła obchodziła dziesięciolecie swego istnienia [1]).

W roku sprawozdawczym zmarł długoletni członek Zarządu i pierwszy prezes Fundacji Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa ś. p. Prof. Bronisław Sawicki — w któ-

---

[1]) Patrz Nr 11—12/31. (Przyp. Red.).

rym Szkoła i całe pielęgniarstwo polskie straciło prawdziwie oddanego przyjaciela i protektora.

Poniższe sprawozdanie z pracy instruktorek i słuchaczek wykazuje liczbę dni przepracowanych w różnych zakładach i poszczególnych działach:

	Instruktorki	Słuchaczki	Razem	Przeciętna liczba słuchaczek na praktyce dziennie
Klinika Chorób wewn.	524	4902	5426	13·4
„ Ginekologiczna	2117	5745	13878	15·7
„ Położnicza		4546		12·3
Sala opatr. i oper.		1470		4 0
Szpital im. Karola i Marji dla dzieci	360	2821	3181	7·7
Ośrodek Zdrowia	313	2167	2480	5·9
Ambulatorjum chir.	313	882	1195	2·4
Dyżury specjalne		33		
Kuchnia dietetyczna	397	639	1036	1 7
Razem	4024	23205	27196	63·1

Wykłady teoretyczne prowadzone były przez 10 miesięcy bez przerwy z wyjątkiem Świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy. — Liczba godzin wykładowych w różnych klasach dosięgła 1625; t. j. przeciętnie tygodniowo 312.

Przeciętna liczba instruktorek szkolnych wynosiła 17 włącznie z Dyrektorką, przy liczbie przeciętnej 101 — 9 słuchaczek.

Przeciętna liczba słuchaczek wzrosła więc w porównaniu z r. 1930 o 8.98 procent, osiągając liczbę 100 słuchaczek, będącą punktem wyjścia rozplanowania Szkoły pod względem rozmiaru i pomieszczeń oraz skompletowania personelu nauczycielskiego. administracyjnego i służbowego, a również preliminarza budżetowego.

WPŁYWY SZKOŁY ZA ROK 1931:

Departament Służby Zdrowia	77,200.00
Magistrat miasta stoł. Warszawy	55,000.00
Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej	28,500.00
Kasa Chorych miasta Warszawy	16,000.00
Wpływy od słuchaczek	54,381.65
Wpisowe	12,936.32
Z klinik za pracę instruktorek i słuchaczek	12,936.32
Różne wpływy	5,816.40
Razem	256,511.87
Saldo na rok 1931	44,102.07
	300,613.94

Z powyższych cyfr wynika, że uczyniony został postęp na drodze samowystarczalności Szkoły.

Wydatki w roku 1931 wyniosły 274,217.42 czyli o 16.035.45 mniej niż w roku ubiegłym; a więc o 5.52 procent.

Całkowity koszt kształcenia jednej słuchaczki rocznie wynosił 2681.24. a więc obniżył się o 13.62 procent,

Liczba zgłoszeń wynosiła 544, w tem 129 podań, z tych przyjęto:

20 lutego — 26 o przeciętnym wieku 22 — przeciętnem wykształceniu 6.6 klas gimn.

23 października — 29 o przeciętnym wieku 21.8 — przeciętnem wykształceniu 7.3 kl.

21 słuchaczek opuściło Szkołę z przyczyn następujących:

Z własnej woli 7. — Zdyskwalifikowano z powodu zdrowia — 2. — Usunięto jako nieodpowiednie — 12; razem 21.

Liczba dni choroby stanowi 1.40 procent wszystkich słuchaczek. Stan zdrowotny słuchaczek, pozostających pod stałą troskliwą opieką Dr Grycewiczówny jest zadawalniający, co stwierdza systematycznie prowadzona krzywa wagi słuchaczek. Wypadki anginy i grypy są odosobnione i pomimo skupienia około 150 osób w 1 gmachu nie przybierają charakteru nagminnego w znacznym stopniu. dzięki natychmiastowej ścisłej izolacji.

Zestawienie pracy dotychczasowych 209 absolwentek Szkoły jest następujące:

W zakładach lecznicznych (szpitalach i sanatorjach)	52
W pielęgniarstwie społecznem	96
W szkołach pielęgniarstwa	20
Pielęgniarstwo prywatne	1
W zakonach	2
Na studjach zagranicą	2
Nie pracuje	31
Brak wieści	5
	209

Ściślej:

Szpitale w Warszawie	30
Szpitale na prowincji	22
	52
Pielęgniarstwo społeczne w Warszawie	65
Pielęgniarstwo społeczne na prowincji	31
	96

Dalsze zamierzenia Szkoły są następujące:

1) Pragmatyka słuchaczek w żłobku; 2) Stworzenie działu pielęgniarstwa domowego obłożnie chorych t. j. tak zwanego pielęgniarstwa dzielnicowego; 3) Zapewnienie słuchaczkom praktyki na oddziale chirurgji ogólnej. Do tej pory słuchaczki odbywają praktykę chirurgiczną na oddziałach kliniki chorób ginekologicznych, na oddziale chirurgicznym Szpitala im. Karola i Marji dla dzieci oraz w ambulatorjum chirurgicznem. Zarząd ma stale na uwadze zdobycie dla Szkoły pola praktyki w tej dziedzinie, choć napotyka ono na duże trudności tak formalnej jak i finansowej natury.

Na zakończenie Dyrektorka Szkoły złożyła podziękowanie tym wszystkim osobom oraz instytucjom, którzy przyczyniają się do rozwoju Szkłoy, poczem przemówiła do nowych absolwentek.

Dyplomy otrzymały:

Kurs 17:

Augustynowiczówna Stefanja
Bilińska Irena
Brodowska Szczęsna
Brodzińska Janina
Chmielowcówna Antonina
Dąbrowska Marjanna
Downarowicz Jadwiga
Dzieniszewska Marja
Dzierżanowska Aleksandra
Gałdynówna Wacława
Glinczanka Franciszka
Jajtówna Zofja
Kowalewska Wanda
Kurkówna Zofja
Kurowska Anna
Liebertówna Jadwiga
Łojewska Teodozja
Morzkowska Krystyna
Niewińska Julja
Wyleżyńska Zofja
Wysocka Józefa
Zaczkiewiczówna Wanda
Ziejewska Krystyna
Żabicka Natalja

Kurs 18:

Batycka Jadwiga
Chojnacka Jadwiga
Czyżewska Marja
Dąbrowska Mirosława
Siostra Dąbska Jadwiga
Ejsmontówna Marja
Jackowska Anna
Siostra Janikowicz Stanisława
Kapicówna Eugenja
Kościelewska Natalja
Pawelska Marja
Rzepkowska Jadwiga
Szmakfeferówna Jadwiga
Wróblewska Leokadja

Zkolei zabrał głos p. Bronisław Krakowski. Naczelnik Wydziału Opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, oraz członek Zarządu Szkoły, w pięknych i podniosłych słowach zagrzewając pielęgniarki do dalszej pracy.

Uroczystość zakończyło przemówienie jednej z młodych absolwentek p. Krystyny Ziejewskiej.

Uroczystość 10-ciolecia Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu

Dnia 31-go stycznia 1932 roku odbyła się uroczystość dziesięciolecia istnienia Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu, która zbiegła się z rozdaniem dyplomów młodym absolwentkom. Uroczystość tę zaszczycili swą obecnością przedstawiciele Zarządu P. C. K. Okręgu Wlkp., pp. Prof. Dr Gantkowski. przew. Rady Szkolnej, Wojewoda Moskalewski, przewodniczący Sekcji Sióstr, Dyr. Winiewicz. generalny sekretarz, Dr Bross, Dr Brossowa, p. Tarnowska, przewodnicząca Sekcji Głównej Sióstr P. C. K. i p. Nagórska, dyrektorka Szkoły Piel. PCK. w Warszawie. Prócz tego przybyli licznie wykładowcy oraz grono absolwentek i przyjaciół Szkoły.

Uroczystość obchodu dziesięciolecia rozpoczęła się śpiewem „Na białem polu Czerwony Krzyż". Pieśń ta została specjalnie skomponowana na ten dzień. Główne przemówienie miał p. Prof. Dr. Gantkowski, przedstawiając słuchaczom wysiłki Czerwonego Krzyża w celu utworzenia Szkoły Pielęgniarstwa oraz jego starania około utrzymania tej wielkopolskiej placówki. Mówca podkreślił zasługi p. Dr Żniniewiczówny, byłej przewodniczącej Zarządu PCK. i założycielki Szkoły i wręczył jej imieniem Zarządu dyplom zasługi. Następnie wręczył dyplom szkolny i, w imieniu władz wojewódzkich, dyplom państwowy młodym absolwentkom.

Po przemówieniu p. Prof. Dr. Gantkowskiego Dyrektorka Szkoły p. Radajewska podała krótki szkic historji i rozwoju Szkoły od chwili jej powstania. dodając równocześnie statystykę absolwentek Szkoły i pracę ich na poszczególnych placówkach.

W imieniu Związku Absolwentek dziękowała Zarządowi P. C. K. Przewodnicząca pani Rudnicka. zapewniając Zarząd o zrozumieniu ideowości pracy pielęgniarskiej przez absolwentki i chęci do współpracy z Czerwonym Krzyżem. W dowód wdzięczności za położone trudy i za przychylność i przyjaźń dla Szkoły i absolwentek Szkoły wręczyła p. Rudnicka p. Dr. Janinie Żniniewicz oraz p. Prof. Dr. Gantkowskiemu dyplomy uznania ze strony Związku Absolwentek.

Po krótkiem przemówieniu młodej absolwentki p. Aliny Semkowiczówny oraz uczennicy p. Weroniki Ziętowskiej. zabrała głos p. hr. Tarnowska. witając młode absolwentki w imieniu Sekcji Sióstr PCK. i zagrzewając je do przyszłej współpracy.

Przemówienia przeplatane były śpiewem. wykonanym przez chór szkolny i grą na fortepianie uczennicy p. Zofji Kosickiej.

Dyplomy otrzymały:

Aleksandrowiczówna Marja	Szułczyńska Czesława
Popławska Janina	Dronianka Zofja
Szudrakówna Eugenja	Semkowiczówna Alina
Dorendzianka Rozalja	Tercjakówna Janina.
Rajewska Jadwiga	

W sprawie strejku

W ciągu marca b. r. Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych wysłał do dzienników warszawskich następujące pismo, które zostało wydrukowane:

Szanowny Panie Redaktorze!

W związku z błędnemi pogłoskami o strajku pielęgniarek w dniu 1 marca b. r. w szpitalach miejskich. uprzejmie prosimy Szan. Redakcję o zamieszczenie następującego wyjaśnienia:

„Cały ogół pielęgniarek dyplomowanych. zatrudnionych w szpitalach i instytucjach miejskich stawił się do pracy w dniu 1 marca b. r. Wszelkie strajki są niezgodne z etyką pielęgniarską, która nie pozwala na opuszczenie chorego i pozbawienie go opieki bez względu na okoliczności i niebezpieczeństwa temu towarzyszące. bodaj nawet grożące życiu pielęgniarki. Sporadyczne wypadki opuszczenia pracy w szpitalu Starozakonnych na Czystem. oraz „Domu dla opuszczonych dzieci na Ogrodowej" zostaną szczegółowo zbadane i wobec winnych pielęgniarek zostaną zastosowane jak najdalej idące konsekwencje".

Z poważaniem, prezes (—) J. ROMANOWSKA.

Posady objęte

Absolwentki Warsz. Szk. Piel.

Weronika Baranowska od 1 X 1931 — Szpital im. Karola i Marji
Sabina Nowakowska od 1 XII 1931 do 14 III 1932 — młodsza instruktorka WSP.
Stanisława Orzechowska od 15 XI do 16 III 1932 — młodsza instruktorka WSP.
Marja Piotrowska od 1 XI 1931 — VIII Ośrodek Zdrowia, Warszawa.
Felicja Winiarczykówna od 6 II 1932 — Sanatorjum Wojskowe PCK. w Rajczy
Antonina Chmielowiec od 9 III 1932 — młodsza instruktorka WSP.
Marja Dzieniszewska od 15 IV 1932 — Szpital Karola i Marji w Warszawie
Anna Kurowska od 1 IV 1932 — Stacja opieki nad matką i dzieckiem Lisków
Teodozja Łojewska od 1 IV 1932 — Przychodnia przeciwgr. Warsz. Tow. Walki z gr.
Julja Niewińska od 15 IV 1932 — Przychodnia przeciwgr. w Myszkowie
Józefa Wysocka od 15 III 1932 — Klinika neurologiczna prof. Halbana we Lwowie
Krystyna Ziejewska od 18 III 1932 — Kurs dla matek i gosp. wiejskich Tow. K. R.
Natalja Żabicka od 1 IV 1932 — Przychodnia przeciwgr. Warsz. Tow. Walki z gr.

Pielęgniarstwo zagranicą

NARODOWE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK BELGIJSKICH *).

Mimo wysiłków, datujących się już od roku 1907 zreformowania w Belgji pielęgniarstwa według zasad Florence Nightingale, powiedzieć można, że aż do roku 1918 niewiele na tem polu zdziałano. Lecz wówczas pielęgniarki szpitalne, zwłaszcza te, które pracowały na froncie podczas wojny, odczuwały konieczność stworzenia związku, który byłby dla nich podporą moralną, bronił ich interesów oraz szerzył zrozumienie zawodu pielęgniarskiego. W 1918 roku grupa oddanych zawodowi pielęgniarek postanowiła założyć związek i zwróciła się o pomoc do Ameryki. W lutym 1919 roku odbyło się pierwsze zebranie w lokalu zawodowych związków kobiecych w Brukseli; wzięło w niem udział 40 pielęgniarek szpitalnych z Brukseli i prowincji. Zamianowano prowizoryczny Komitet i stworzono stowarzyszenie pod nazwą Związku Zawodowego Pielęgniarek. W grudniu tegosamego roku został on zatwierdzony przez rząd. W styczniu 1920 roku na pierwszem walnem zebraniu komitet zajął się rozstrzyganiem warunków pracy pielęgniarek pod względem 1) moralnym, 2) dyplomu, 3) liczby godzin pracy, 4) wynagrodzenia. Na porządek dzienny dostała się sprawa związku zawodowego.

W tym samym roku wskutek inicjatywy Związku otwarto pierwszy kurs dokształcający dla pielęgniarek dyplomowanych oraz, po porozumieniu się z „Rodziną Pielęgniarki", utworzono pośrednictwo pracy dla pielęgniarek prywatnych. — Komitet wszedł w porozumienie ze związkami innych krajów, które ofiarowały mu swą pomoc w organizacji.

Tymczasem na prowincji powstawały nowe Związki pielęgniarek, jak w Stuyvenberg, w Antwerpji.

W lutym 1922 roku delegatki różnych Związków zjechały się w Brukseli i uchwaliły jednomyślnie stworzenie **Stowarzyszenia Narodowego**. Weszły do niego związki: Brukseli, Antwerpji, Malines, Gandawy; Tournai oraz Belgijski Związek Pielęgniarek Społecznych. Na czele Stowarzyszenia stanął Zarząd wybrany z pomiędzy członkiń.

Na kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej w Kopenhadze w 1922 roku Stowarzyszenie zostało przez aklamację przyjęte do Rady. Odtąd Stowarzyszenie reprezentuje pielęgniarki wobec kraju i zagranicy. Jednym z pierwszych objawów solidarności wobec innych stowarzyszeń było przesłanie kwoty pieniężnej pielęgniarkom japońskim, poszkodowanym podczas trzęsienia ziemi w 1923 roku.

W 1926 roku Stowarzyszenie otrzymało własny lokal w Home'ie Pielęgniarek, w Brukseli na ul. de la Source 18. Odtąd sekretarjat Stowarzyszenia funkcjonuje regularnie trzy razy w tygodniu, a Stowarzyszenie wchodzi w kontakt z wielu instytucjami zatrudniającemi pielęgniarki.

Delegatki na zjazd w Kopenhadze, odniosły wrażenie siły i potęgi Rady i otrzymały tam lekcję odwagi i energji potrzebną dla wprowadzenia w czyn programu

---

*) Streszczenie sprawozdania Melle Permentier, sekretarki Narodowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Belgijskich, nadesłanego do Międzynarodowej Rady Piel.

Stowarzyszenia: oparcia pielęgniarstwa belgijskiego na trwałych podstawach. Podstawy te polegają przedewszystkiem na konieczności zawodowego wyszkolenia, dalej na godności zawodu, wreszcie — na ustawicznem udoskonalaniu zawodu. Chodzi tu nietylko o sam zawód, ale i o dobro publiczne: czem staranniej pielęgniarki będą wykształcone, tem inteligentniejszemi staną się pomocnicami lekarzy i tem lepiej spełniać będą swoje zadanie.

W celu zabezpieczenia przyszłości swym członkom wiele związków próbowało stworzenia samopomocy. W 1924 roku Stowarzyszenie zajęło się żywo zorganizowaniem „Samopomocy dla pielęgniarek i pracownic społecznych" w której statucie zastrzeżono, że prezeską jej musi być dyplomowana pielęgniarka, członek Stowarzyszenia pielęgniarek belgijskich. Do Samopomocy należy obecnie 1750 członkiń, mających zapewnione wynagrodzenie dzienne w razie choroby, pomoc lekarską, ubezpieczenie na wypadek niedołęstwa, kasę oszczędności.

W tym samym roku Ministerstwo Spraw Wewnętrznych dało obietnicę Stowarzyszeniu, że zasięgnie jego rady w razie zmian wprowadzonych do uchwały królewskiej z 1921 roku opierającej wykształcenie pielęgniarek na trzyletniej szkole z obowiązującym internatem. Wkrótce potem Melle Hellemans, prezeska Stowarzyszenia, została zamianowana członkiem nowopowstałej Komisji obradującej nad programami szkół. W roku 1926 pracami tej Komisji zainteresowała się Międzynarodowa Rada Pielęgniarek do tego stopnia, że sekretarka jej, Miss Reimann przybyła do Brukseli.

Stowarzyszenie pozostaje w ścisłym kontakcie z organizacjami, zatrudniającemi pielęgniarki, nie może nastarczyć zgłoszeniom, napływającym z wszystkich stron. Niektóre organizacje mają delegatki w Zarządzie Stowarzyszenia, jak Czerwony Krzyż i Narodowy Komitet opieki nad dzieckiem.

Od chwili powstania Stowarzyszenie pragnęło zaprowadzić mundur noszony wyłącznie przez członkinie. W roku 1924 spełniono ten projekt i w 1925 roku delegatki belgijskie na kongres wystąpiły w ładnych szarych mundurach.

W 1924 roku Stowarzyszenie zostało prawnie zatwierdzone. Zjazdy miały miejsce w 1925 roku w Antwerpji i w 1926 roku w Liège. W 1925 roku piętnaście Związków przystąpiło do Stowarzyszenia. Od roku 1928 sekretarjat rozpoczął stałe urzędowanie pod kierownictwem Melle Waterloos. Praca Stowarzyszenia wzmaga się równolegle do jego znaczenia: ze wszystkich stron napływają zapytania, prośby o radę i niezmiernie często Stowarzyszenie śpieszy z pomocą czy to dla ugrupowań, czy dla jednostek.

Stowarzyszenie pracuje w ścisłym związku ze Stowarzyszeniem Szkół Pielęgniarstwa. Belgja jest jednym z pierwszych krajów, gdzie zaprowadzono dyplom państwowy, lecz należy mieć ciągle na względzie treść Uchwały Królwskiej o pielęgniarstwie, aby je utrzymać na należytym poziomie. Dlatego Stowarzyszenie dąży do stworzenia Rady czuwającej nad doskonaleniem Szkół pielęgniarstwa.

Obecnie istnieją w Belgji 22 szkoły prowadzone według programu ustalonego przez Uchwałę Królewską i formujące pielęgniarki szpitalne oraz społeczne.

Pielęgniarki chcące uzyskać dyplom pielęgniarki umysłowo chorych, kształcą się w jednym z czterech centrów chorych umysłowo.

Stowarzyszenie organizuje co roku kursy dokształcające.

W 1919 roku ukazało się czasopismo Stowarzyszenia „Pielęgniarka belgijska", które przekształciło się w „Przegląd Pielęgniarski"; wreszcie w „Pielęgniarkę". — W 1925 roku pismo zaczęło wychodzić po francusku i po flamandzku. Czasopismo posiada obecnie 1200 prenumeratorów.

CENTRALNE BIURO PIELĘGNIARSKIE W MINISTERSTWIE ZDROWIA PUBLICZNEGO WE FRANCJI.

Ustawa z r. 1922 określiła wymagania od pielęgniarki dyplomowanej, egzaminy państwowe itd. Jednocześnie z wejściem w życie ustawy, zaczęła swe prace Rada Nadzorcza Szkół Pielęgniarstwa, w skład której wchodzą lekarze, administratorzy szpitali, dyrektorki szkół pielęgniarstwa, pielęgniarki społeczne, przedstawiciele rządu. Zrazu wyodrębniły się 2 sekcje: pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego, które się jednak w 1924 roku zlały w jedno. Pierwszem zadaniem Rady było opracowanie teoretycznego i praktycznego programu w szkołach, następnie warunków egzaminu państwowego, regulaminów i t. d. W końcu roku 1929 — 79 szkół otrzymało prawo przygotowywania kandydatek do egzaminu państwowego. Rada opracowała jednolite przepisy, dotyczące przyjmowania uczennic. Prace Rady dostarczały Ministerstwu materjału do instrukcyj, okólników i t. d. W roku 1925, dzięki inicjatywie i pomocy Fundacji Rockefellera,

powstało Centralne Biuro Pielęgniarskie. skupiające wszystkie zagadnienia dotyczące pielęgniarstwa tak szpitalnego jak i społecznego. W biurze pracują jedne z najzasłużeńszych i najbardziej wykwalifikowanych pielęgniarek francuskich; w skład biura wchodzą: 1 dyrektorka, 3 asystentki i 4 sekretarki. Prace Biura są tak różnolite, że trudno je określić. Praca administracyjna odbywa się tam według najnowszych metod. Znajdują się w niem wszelkie sprawozdania z posiedzeń Rady, papiery pielęgniarek, posiadających dyplom państwowy. Biuro w każdej chwili może dostarczyć danych szczegółowych o każdej absolwentce i każdej uczennicy. Biuro pełni nadzór nad szkołami, egzaminami, czuwa nad ulepszeniem metod nauczania, pośredniczy w poszukiwaniu pracy, zajmuje się propagandą, inspekcją pracujących pielęgniarek etc., pośredniczy w dawaniu stypendjów na studja i kongresy, zabiera głos w sprawie subwencjonowania szkół, oraz pensyj pielęgniarskich. Dzięki akcji Biura, liczby przyjętych do szkół wzmogły się następująco:

1922	200	1927	1.077
1923	280	1928	1.508
1924	400	1929	1.683
1925	860	1930	2.150
1926	1.000	do 2 200 t. j. o 500 więcej niż w 1929	

Część sprawozdania liczbowego z pracy Biura od stycznia 1926 r. do końca grudnia 1930 r. podajemy poniżej:

Daty	Listy wysłane	Informacje stronom	Egzaminy	Odwiedzone szkoły i tereny pracy	Instrukcje, uchwały	Zgłoszenia o posady	Posady ofiarowane	Dostarczenie posad
1926	4.269	426	26	14	36	—	74	5
1927	9 863	1.152	43	33	64	—	162	74
1928	9 828	1.582	50	58	68	400	274	122
1929	8.168	1.758	59	44	179	461	312	149
1930	12.544	2.202	67	18	73	464	390	152
Razem	44.672	7.120	167	167	420	1.325	1.112	502

(Międzyn. Przegląd Piel. Nr. 3. 1931).

KRONIKA

SANATORJUM DLA NERWOWO CHORYCH W KAROLINIE

14. II. b. r. odbyło się poświęcenie zakładu dla nerwowo chorych w Karolinie pod Warszawą, przy udziale licznych przedstawicieli świata lekarskiego. Sanatorjum istniejące jeszcze przed wojną, spustoszone w czasie okupacji niemieckiej, obecnie zostało doprowadzone wielkim wysiłkiem i nakładem kosztów do stanu używalności. Na czele Komitetu stoi Dr W. Bruner i Wacław Knoff.

PORADNIA DLA DZIECI W KRAKOWIE

W dniu 1 lutego b. r. otwarto w Krakowie poradnię wychowawczo-leczniczą dla dzieci i młodzieży szkół powszechnych, średnich, ogólnokształcących i zawodowych. Poradnię organizuje Związek lekarzy kas chorych w Krakowie. Celem i zadaniem poradni jest udzielanie rad i wskazówek młodzieży, rodzicom i wychowawcom w wypadkach trudności i konfliktów wychowawczych, powstających na gruncie szkoły lub domu. Kierownictwo poradni pozostaje w rękach wykwalifikowanych lekarzy i pedagogów, ze współudziałem p. prof. U. J. Zygmunta Mysłakowskiego i p. dr Władysława Medyńskiego. Poradnia narazie będzie czynna w środy od godziny 4-ej do 5-ej w lokalu okr. Zw. kas chorych, ul. Batorego 5 (parter na prawo). Łącznie z organizacją

poradni przygotowuje się praktyczny kurs wychowawczy dla rodziców. obejmujący podstawowe zagadnienia opieki nad dzieckiem w okresie szkolnym.

OTWARCIE WYSTAWY PRZECIWGRUŹLICZEJ W KRAKOWIE

W dniu 11 stycznia r. b., o godz. 11 rano, odbyło się w miejskiej hali wystawowej przy ul. Rajskiej w Krakowie. otwarcie Wystawy Przeciwgruźliczej, zorganizowanej przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie. W pięknie udekorowanej hali wystawowej zgrupowano szereg tablic i wykresów. ilustrujących zgubne skutki gruźlicy, jak również środki zapobiegawcze i lecznicze.

PROPAGANDOWA WYSTAWA KASY CHORYCH W WILNIE

Kasa Chorych w Wilnie zorganizowała Wystawę. mającą uprzytomnić zwiedzającym przyczyny i skutki takich chorób społecznych, jak wenerja, gruźlica i alkoholizm. Wystawa, połączona z demonstracją odpowiednich filmów. mieściła się w sali miejskiej. Otwarcie Wystawy nastąpiło w dniu 2 stycznia r. b.

OTWARCIE WYSTAWY PRZECIWALKOHOLOWEJ WE LWOWIE

Staraniem Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie została urządzona w Muzeum Przemysłowem przy ul. Hetmańskiej bardzo bogato wyposażona i nader pouczająca Wystawa Przeciwalkoholowa. Otwarcie Wystawy nastąpiło w dniu 10 stycznia r. b. o godz. 11-ej przed południem, przy licznem uczestnictwie reprezentantów władz, świata lekarskiego i sfer obywatelskich miasta Lwowa.

„DOM OPIEKI SPOŁECZNEJ“ W GDYNI

Gdyński oddział Polskiego Czerwonego Krzyża otrzymał od Komisarjatu rządu m. Gdyni obszerny teren pod budowę nieruchomości; na placu tym ma stanąć nowocześnie urządzony „Dom Opieki Społecznej“.

WYROK W PROCESIE LUBECKIM

W sprawie szczepionek BCG zapadł ostateczny wyrok skazujący prof. Deyckego na 2 lata i dr Altstaedta na 1 r. i 3 mies. więzienia; prof. Klotz i laborantka Anna Schütze zostali uwolnieni. Sąd przyjął możliwość faktu zamiany czy zanieczyszczenia szczepionki. szczepem gruźliczym z Kilonji.

Mimo wysokiego wymiaru kary sąd podkreśla zasługi dla dobra ludzkości obu skazanych. obwiniając ich o zaniedbanie dostatecznej ostrożności przy sporządzaniu szczepionki oraz wydania zarządzeń ochronnych.

SZWECJA PRZODUJE W HIGJENIE POŁOŻNIC

Śmiertelność matek w okresie połogu bywa zazwyczaj skutkiem niewystarczających zabiegów higjenicznych, toteż wzorowym warunkom higjenicznym szwedzkich zakładów położniczych zawdzięczać należy fakt, iż na tysiąc położnic szwedzkich zaledwie 2.6 umiera w okresie połogu. Odnośne cyfry innych krajów wykazują w ciągu 1930 roku: 2.8 wypadków śmierci matki na tysiąc porodów — we Włoszech. 2,9 — we Francji. 3 — w Norwegji, 4 — w Hiszpanji. 4.4 — w Anglji, oraz 6.3 — w Stanach Zjedn.

OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM NA TERENIE RZESZY NIEMIECKIEJ

Stan tej opieki ilustruje wydawnictwo, złożone parlamentowi przez ministra spraw wewnętrznych Rzeszy i ministra pracy. Na terenie całej Rzeszy istnieje 279 zakładów położniczych publicznych. o 2.000 łóżek dla matek, znajdujących się w ciąży i o 5.500 łóżkach dla położnic. Ponadto istnieje 70 zakładów dla matek. 375 zakładów leczniczych i opiekuńczych dla dzieci. 108 żłobków i 1.800 ochronek. Liczba poradni dla matek wynosi 1426. W opiece nad matką i dzieckiem jest zatrudnionych 568 lekarzy, 402 akuszerki i 922 osoby personelu pielęgniarskiego. Poradni dla matek niema zupełnie na terenie Wirtembergji, Meklenburg-Schwerin. Oldenburgji. Bremy. Lippe, Lubeki, Meklenburg-Strelitz i Schaumburg-Lippe. Powyższe zakłady i personel jest utrzymywany wyłącznie przez związki komunalne.

KOMITET „RATUJMY DZIECKO“ WE LWOWIE

W roku 1930 powstała w **Katolickim Związku Polek we Lwowie** nowa sekcja: RATUJMY DZIECKO. Ażeby myśl tej opieki skutecznie zrealizować, należało pójść do źródła, t. j. do szpitala położniczego, gdzie wiele matek będących w nędzy, a najczęściej

matek wolnych, w wieku prawie dziecięcym, wskutek przeżytych tragedyj, snuło już projekt pozbycia się w łatwy sposób dziecka, zaraz po odejściu ze szpitala. Ułatwiały im to agentki, które stały przed szpitalem i zrozpaczonym kobietom proponowały objęcie służby karmicielek, a dzieckiem same obiecywały się zaopiekować.

Panie, które zamierzały zająć się nieszczęśliwemi, rozpoczęły odwiedzać szpitale, tam, zbliżając się do matek, poznawały ich historję i indywidualnie ratowały każdą. O ile udało się nakłonić którą do powrotu do domu rodzicielskiego, wtedy pertraktowały z rodziną o przyjęcie córki i po wsparciu skromną wyprawką i nieraz udzieleniu pomocy na powrót do domu, wypuszczały ją ze swej opieki.

Innym szukano zajęcia płatnego w domach prywatnych, gdzieby mogły zatrzymać przy sobie dziecko. Co do innych znów starano się dowiedzieć, kto jest ojcem dziecka, ażeby go skłonić do płacenia alimentów. Obecnie, w związku z tą pracą, powstała myśl założenia **Biura pośrednictwa pracy**, które urzęduje na ul. Skrzyńskiego L. 18. Biuro ogłasza w dziennikach, kogo ma w danej chwili w swej opiece, a więc: szwaczki, służące, kucharki, pod warunkiem, że matka ma być przyjęta wraz z dzieckiem, ale za samo tylko utrzymanie, bez wynagrodzenia.

Biuro zaś ze swej strony opłaca matce pensję w wysokości 15 zł. miesięcznie. Zapewne, że fundusze Biura są bardzo szczupłe, gdyż przeważnie czerpane są ze składek prywatnych i z puszek umieszczanych koło obrazów św. Teresy z napisem: „Chleb dzieciom", lecz i z tego korzyści są duże. Prócz tego Biuro stara się o wyprawki, aby nie wypuścić żadnej matki bez okrycia dla dziecka.

Obecnie panie komitetowe odwiedzają Klinikę, Szpital powszechny i Sanatorjum Okręgowej Kasy Chorych. Od czasu założenia, Komitet miał w swej opiece 160 kobiet. Wynaleziono przeszło 60 posad, a ponadto udzielano pomocy w innej formie, jak wyszukanie mieszkania, aby kobieta miała zaraz po odejściu ze szpitala dach nad głową, lub wsparcie datkiem na podróż lub niezbędne rzeczy. Bielizny rozdano około 200 sztuk.

Komitet stara się nietylko udzielać materjalnej pomocy, ale łączyć ją z podnoszeniem moralnem danej jednostki, by uczynić z niej istotę pożyteczną dla społeczeństwa. Stanie się pożyteczna przez staranne i sumienne wychowanie swego dziecka, a przez pracę i liczne ofiary, które z wychowaniem będą związane, uszlachetni się sama.

DZIESIĘCIOLECIE ORGANIZACJI HIGJENY

Dnia 28 listopada ub. r. o godzinie 12-tej w południe w auli Państwowej Szkoły Higjeny odbyło się posiedzenie, poświęcone dziesięcioleciu Organizacji Higjeny Ligi Narodów, na którem przemówienia wygłosili: dyr. doc. G. Szulc — Zagajenie. Dr Chodźko — Jak powstała i czem jest Organizacja Higjeny Ligi Narodów. Prof. L. Hirszfeld — Działalność naukowa Organizacji Higjeny Ligi Narodów. Dr M. Palester: Wymiana międzynarodowa lekarzy publicznej służby zdrowia. Dr St. Kopczyński: Wymiana międzynarodowa lekarzy specjalistów, Dr H. Kluszyński — Koordynacja służby zdrowia i ubezpieczeń społecznych na terenie Ligi Narodów. S. Adamowiczowa: Międzynarodowa służba informacyjna. Dr L. Anigstein — Międzynarodowe badania metod zwalczania zimnicy. Dr M. Kacprzak — Szkolenie personelu i higjena wsi.

PIERWSZY POLSKI STATEK SANITARNY.

Spuszczony ostatnio na wodę pierwszy polski statek sanitarny „Samarytanka", wykonany został w Stoczni Gdyńskiej w ciągu 4-ch miesięcy całkowicie z materjałów polskich, statek posiada 60-cio konny motor polskiej fabryki „Perkun".

W konstrukcji wewnętrznej statku uwzględniono specjalne jego przeznaczenie, dostosowując urządzenia do transportu chorych ze statku na ląd. W bocznej części statku znajduje się pomieszczenie do wsuwania noszy z chorymi wprost z pokładu.

„Samarytanka" przeznaczona jest dla służby sanitarnej w porcie gdyńskim. Ogólny koszt budowy statku wynosi około 90 tysięcy złotych.

Przegląd pism

WIADOMOŚCI KAS CHORYCH Nr. 2. 15. I. 1932 r.

Higjena wsi jako międzynarodowy problem społeczny. J. K. — Przeciwieństwo między higjena wsi i miasta i znaczenie wsi, jako żywiciela miast oraz źródła przyrostu ludności skierowała uwagę Sekcji Higjeny Ligi Narodów na higjenę wsi.

Szereg podróży do obszarów wiejskich dał bogaty materjał porównawczy stanu higjeny wsi w różnych częściach naszego lądu; w związku z tem Rada Ligi Narodów postanowiła zwołać ogólno-europejską konferencję dla omówienia tej sprawy.

Komitet organizacyjny wybrał dla konferencji następujące kwestje:

1) Najskuteczniejsza i najlepsza opieka lekarska dla ludności wiejskiej.

2) Najlepsza forma higjeny dla wsi.

3) Asanizacja wsi.

Kongres odbył się w czerwcu 1931 r. w Genewie.

Rezolucje były następujące:

1) Domagano się jednomyślnie lekarzy z akademickiem wykształceniem z wyłączeniem udzielania samodzielnej pomocy ludności przez wyszkolony nawet personel pomocniczy, jednakowoż w każdej gminie musi się znajdować osoba wykwalifikowana, któraby mogła dać pierwszą pomoc przed przybyciem lekarza oraz wykonać jego zlecenia. Lekarz nie powinien mieć pod opieką więcej osób jak 1.000 — 2.000, musi mieć instytucje pomocnicze (laboratorja) oraz konieczne placówki opieki (gruźlica, umysłowo chorzy). Kierownicy tych placówek powinni być w kontakcie z lekarzami praktykami. Za ilość łóżek wystarczającą dla wsi uznano 2 — na 1000 mieszkańców. Podnoszono też sprawę ubezpieczeń na wypadek choroby. Tam gdzie ich brak, musi zastąpić je celowo zorganizowana opieka społeczna.

2) Druga kwestja wymaga bardzo sprawnej współpracy na terenie zwalczania epidemji, wykonywania przepisów sanitarno-policyjnych, kontroli żywności. Do współpracy tej musi być wciągnięty mieszkaniec wsi z wyłączeniem przymusu, a zatem opierając ją na przekonaniu ludności o ich korzyści wypływającej ze zdrowia. (Odczyty, kursy, wystawy okrężne, ulotki). W tym kierunku powinien się zaznaczyć rozwój ośrodków zdrowia, jednoczących na swych terenach łaźnie, sale odczytowe, towarzyskie, boiska sportowe i t. p.

3) Najtrudniejszą sprawą jest asenizacja ze względu na koszty i różnorodność warunków miejscowych. Najważniejszym postulatem jest zaopatrzenie wsi w wodę. Jako przykład właściwych stosunków pod tym względem podaje autor artykułu obrazy krasowe na Bałkanach gdzie celem utrzymania wody, która łatwo znika pod kamieniami, gmina buduje cysterny i utrzymuje je — dostaje zaś od państwa cement, plan i kierownictwo.

Wielkie znaczenie ma tu też poprawa warunków mieszkaniowych, oraz zużytkowanie odpadków, prócz tego poprawa środków komunikacyjnych. Poprawa warunków zdrowotnych na wsi zapobiegnie ucieczce ludności wiejskiej do ośrodków miejskich.

WIADOMOŚCI KAS CHORYCH Nr. 3, 1. II. 1932 r.

Organizacja walki z gruźlicą we Francji. F. R. — Początek racjonalnej walki z gruźlicą we Francji datuje się od czasu wojny. Akcja ta rozwinęła się z pomocą fundacji Rockefellerowskiej. Kierownictwo jej spoczywa w rękach Komitetu Państwowego, powstałego z Komitetu dla udzielania wsparć żołnierzom chorym na gruźlicę. Celem komitetu jest stworzenie pola pracy dla poszczególnych organizacyj. Delegaci komitetu są inspektorami urządzeń przeciwgruźliczych w poszczególnych departamentach — oraz ożywiają działalność słabiej funkcjonujących placówek. Warunkiem prawidłowego rozwoju akcji jest dostarczenie sił fachowych. W tym celu komitet organizuje kursy 3—4 tyg. dla lekarzy teoretyczne i praktyczne.

W kwestji pielęgniarek jednogłośnie domagają się personelu wykształconego zarówno pod względem ściśle fachowym jak i obznajmionym z prawodawstwem w zakresie opieki społecznej. Przewidziany jest 2-letni kurs, w czem 4 mies. mają być poświęcone poradni, 4 mies. praktycznej opiece nad niemowlęciem, 2 mies. praktyki w sanatorjum lub szpitalu gruźliczym. Planowy system opieki przeciwgruźliczej opiera się na dwóch ustawach: Ustawa o organizowaniu placówek przeciwgruźliczych *(dispensaires)* z r. 1916, oraz Rozporządzenie o sanatorjach i lecznicach z 1920 roku.

W drugiej ustawie między innemi jest wspomniane, że zrzeszenia publiczne mają prawo żądać zasiłku od Państwa przy przebudowie lub zakładaniu nowych sanatorjów, nie może on jednak przekraczać połowy przewidzianych kosztów. Plany budowy, oraz teren podlega ścisłej kontroli Min. Spraw Wewnetrznych. Przy uruchomieniu nowego zakładu można liczyć na pomoc państwową w opłatach za utrzymanie poszczególnych grup ubezpieczonych chorych.

Specjalna ustawa dla biednych umożliwia natychmiastowe umieszczenie pacjenta pozbawionego możności leczenia się. Państwo odpowiadając za koszta, zastrzega sobie jednak dochodzenie na drodze sądowej przeciw pacjentowi, któryby mógłby ewentualnie pokryć choć częściowo koszty leczenia.

Ustawodawstwo zmierza do zakładania urządzeń przeciwgruźliczych drogą przymusu. W przeciągu lat 5 każdy departament musi mieć jeden zakład leczniczy do walki z gruźlicą — w razie niewykonania powyższego, Rada Państwowa wydaje odpowiednie zarządzenia. Zakłady prywatne podlegają również surowym przepisom administracyjnym.

Ustawa o poradniach określa charakter instytucji — zwraca uwagę, aby się nie stały poliklinikami, przestrzegając ściśle swego celu placówki społeczno-higjenicznej (profilaktyka).

Przy zakładaniu placówki decyduje głównie śmiertelność gruźlicza — wówczas gdy w danej gminie lub gminach przekroczy ona w ciągu 5 lat przeciętną dla Francji, Rada Centralna zakłada poradnię na swój koszt — w innych wypadkach, odnośne zakładające instytucje pokrywają koszta.

Jeśli chodzi o statystykę, to w r. 1918 na 30 departamentów było 70 placówek, a w 1928 r. 641 placówek na 85 departamentów. Obecnie ilość łóżek gruźliczych wynosi 46.000. Poza akcją państwową, istnieją akcje prywatne, z których najważniejszą jest „Oeuvre Grancher", mająca na celu izolowanie dzieci z rodzin gruźliczych i umieszczanie ich w warunkach bezwzględnie zdrowych — w większości wypadków wychowankowie „Oeuvre Grancher" stają się robotnikami rolnymi, co ma duże znaczenie dla ekonomicznego rozwoju Francji wobec małego przyrostu ludności.

Prócz opieki nad dzieckiem w wieku niemowlęcym oraz przedszkolnym istnieje szereg internatów, szkół na wolnem powietrzu, gdzie na 8½ godzin przebywania jest tylko 2½ godzin nauki. Oczywiście ilość tych zakładów nie odpowiada zapotrzebowaniu. Przy wyborze uczniów pierwszeństwo mają sieroty wojenne jako podstawowi wychowankowie Państwa.

Autor w zakończeniu swego artykułu podaje dane statystyczne:

W roku 1914 — 23.3 przyp. śmierci na 1.000 mieszkańców; w roku 1925 i 1926: 16.0 — 16.6 przypadków.

Zmiany posad w Polskim Czerwonym Krzyżu

w grudniu 1931 r.

S. Szmerdtówna Kazimiera, ze Szp. Wojsk. Równe do Szp. Wojsk. Chełm Lub.
S. Prądecka Aurelja, z Garn. Iz. Ch. Nowy Sącz do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Kuszmanówna Emma, ze Szp. Ujazd. Warszawa do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Simlówna Genowefa, ze Szp. Ujazd. Warszawa do Szp. Wojsk. Warszawa, Ujazd.
S. Łuszczewska Zofja, ze Szp. Ujazd. Warszawa do Szp. Wojsk. Warszawa. Ujazd.

Przyjęto na posady

P. Leśniewska Adela, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Łódź.
P. Ronówna Janina, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Łódź.
P. Iliniczówna Anna, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Łódź.
P. Guntówna Wiera, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Danielukówna Salwina, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. W. Przemyśl.
P. Frajerówna Cecylja, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Niemczurzanka Teofila, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Kowalczykówna Stefanja, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. W. Warszawa.
P. Wiedeńska Zofja, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Warszawa, Uj.
P. Ilczukówna Eleonora, abs. Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. W. Warszawa, Uj.

ZMIANY POSAD W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU

w styczniu, lutym i marcu 1932 r.

S. Gołębiowska Marja, z Sanat. Wojsk. Raycza do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Sokołowska Jadwiga, z Sanat. Wojsk. Raycza do Szp. Wojsk. Grodno.
S. Nahorna Julja, ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Suszycka Marja, ze Szp. Wojsk. Brześć n/B do Szp. Wojsk. Modlin.
S. Górska Katarzyna, ze Szk. Piel. PCK Warszawa do Szp. Wojsk. Warszawa, Uj.
S. Juchniewicz Justyna, ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Mickiewicz Anna, ze Szp. Wojsk. Wilno do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Bąkówna Jadwiga, ze Szp. Wojsk. Brześć do Szp. Wojsk. Toruń.
S. Świerkowska Władysława, ze Szp. Wojsk. Toruń do Szp. Wojsk. Brześć n/B.

S. Tomaszewska Stan., ze Szp. Wojsk. Raycza do Szp. Wojsk. Przemyśl.
S. Szymańska Jadwiga. ze Szp. Wojsk. Raycza do Szp. Wojsk. Chełm Lub.
S. Frankowska Teodora. ze Szp. Wojsk. Przemyśl do Sanat. Wojsk. Raycza.
S. Gierowniówna Janina. ze Szp. Wojsk. Warszawa do Szp. Wojsk. Wilno.
S. Kanicka Marja. ze Izb. Garn. Białystok do Szp. Wojsk. Wilno.
S. Kowalska Marja. ze Sanat. PCK. Lwów do Szp. Wojsk. Lwów.

PRZYJĘTO NA POSADY:

P. Wysoczyńska Michalina, abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Kobyłkówna Marja, abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Złotowska Elżbieta, abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Frydrychówna Cecylja. abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Gochówna Władysława. abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szk. Piel. PCK. Warszawa. jako instruktorka.
P. Krzywicka Klementyna. abs. Szk. Piel. Uniwer. Kraków do Szp. Wojsk. Kraków.
P. Fliska Wanda. abs. Szk. Piel. Uniwer. Kraków do Szp. Wojsk. Kraków.
P. Brejtówna Józefa. abs. Szk. Piel. Uniwer. Kraków do Szp. Wojsk. Kraków.
P. Tarankówna Cecylja. abs. Szk. Piel. Uniwer. Kraków do Szp. Wojsk. Kraków.
P. Pieńkowska Irena. abs. Szk. Piel. Uniwer. Kraków do Szp. Wojsk. Lwów.
P. Winiarczykówna Felicja. abs. Szk. Piel. Warszawskiej do Sanat. Wojsk. Raycza.
P. Kubicka Hanna, abs. Szk. Piel. Warszawskiej do Szp. Wojsk. Kraków.
P. Dorenda Rozalja. abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Poznań.
P. Dąbrowska Stanisława. z rezerwy do Sanat. Wojsk. Raycza.
P. Pfeiffrówna Helena. z rezerwy do Szp. Wojsk. Grodno.

Do P. T. Prenumeratorów!

Następne numery

„PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"

będą się ukazywały co 2 lub 3 miesiące,

jako podwójne lub potrójne.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Adres Redakcji i Administracji:
Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IV. Maj, Czerwiec, Lipiec 1932 Nr 5-6-7.

Pielęgniarka Polska Nr 5. 6. 7.

TREŚĆ:

L'Infirmiere Polonaise Nr. 5. 6. 7.

SOMMAIRE:

Administracja „Pielęgniarki Polskiej" przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów,** podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . ."

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.

Rok IV. Maj-Czerwiec-Lipiec 1932 Nr. 5-6-7.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

Ś. p. hr. Julja Witold-Aleksandrowicz

W dniu 4 czerwca 1932 roku zmarła hr. Julja Witold - Aleksandrowicz, członek honorowy Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Imię Jej na zawsze pozostanie związane z historją i ideą polskiego pielęgniarstwa.

Ś. p. hr. Witold - Aleksandrowiczówna urodziła się w roku 1847, w majątku rodzinnym Konstantynowie nad Bugiem. Głęboka religijność i tradycje rodowe skłaniały ją ku poświęceniu się służbie dla dobra kraju.

W 1881 roku pod strasznem wrażeniem tragicznej śmierci matki w kościele Św. Krzyża w Warszawie — postanowiła oddać się pielęgnowaniu chorych. Studjuje pielęgniarstwo w Berlinie, Paryżu, Wiedniu, Szwajcarji, a powróciwszy do kraju, zakłada w Warszawie na ul. Włodzimierskiej ambulatorjum dla ubogich chorych, których sama opatruje. Przytem bez wytchnienia zbiera fundusze na szpital dla biednych. Wreszcie, po wielkich trudach w 1912 roku zakłada dla niezamożnych chorych Szpital pod wezwaniem św. Antoniego przy ul. Topiel 14. W pierwszym okresie wielkiej wojny zamienia go na szpital dla rannych Polskiego Komitetu Sanitarnego. Podczas najazdu bolszewickiego czyni to samo, osobiście opatrując chorych żołnierzy. Otrzymuje krzyż zasługi Polskiego Czerwonego Krzyża, liczne odznaki polskie i francuskie, wreszcie krzyż „Polonia Restituta".

Po wojnie z powodu choroby traci ruchy rąk i nie może sama pielęgnować chorych. Wówczas w 1922 r. sprowadza do Warszawy zakon Elżbietanek, poświęcający się specjalnie pielęgnowaniu chorych i szpital

im przekazuje. Zostawia sobie — mimo podeszłego wieku — nadzór nad pracą w ambulatorjum dla przychodzących chorych, gdzie do końca swego tak pełnego poświęceń życia niesie pomoc najuboższym, a nie poprzestając na tem, zapoznaje się z warunkami ich domowego życia i roztacza opiekę nad całemi rodzinami.

Z rąk Ojca św. dochodzi ją odznaka „Pro Ecclesia et Pontifice".

Umierając, rozporządziła, aby pochowano ją jak zakonnicę, boso, w stroju pielęgniarskim i urządzono najskromniejszy pogrzeb.

Jak widać z tego krótkiego zarysu biograficznego hr. Aleksandrowicz była jedną z pierwszych pielęgniarek polskich.

W czasach, kiedy zasady racjonalnego pielęgniarstwa zaczynały dopiero kiełkować na zachodzie, a w Polsce jeszcze były zupełnie nieznane, ś. p. Julja Aleksandrowicz intuicją przedziwną wiedziona stała się apostołem nowej idei, pionierką nowego zawodu kobiecego.

Ś. p. Julja Aleksandrowicz pozostanie dla nas zawsze uosobieniem cnót, do jakich dążymy w naszym zawodzie: miłości bliźniego, zaparcia się siebie, bezinteresownej, wytrwałej pracy.

Pozostawiła po sobie dla nas najpiękniejszą spuściznę: przykład spełniania dobrowolnie na siebie przyjętego obowiązku w duchu prawdziwej, najszczytniej pojętej służby Bożej.

VII Walny Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych we Lwowie

VII Zjazd P. S. P. Z. odbędzie się w tym roku we Lwowie — poraz pierwszy — w dniach 9, 10 i 11 października.

Lwów posiada znaczną grupę pielęgniarek dyplomowanych, które ostatnio, dla pogłębienia wzajemnej solidarności i w zrozumieniu interesów zawodowych, utworzyły Koło P. S. P. Z.

Bogaty program Zjazdu, szereg ciekawych instytucyj społecznych, jak i zabytki Lwowa oraz jego przepiękne okolice z pewnością pociągną znaczną liczbę członków P. S. P. Z., oraz zainteresowanych gości.

PROGRAM VII WALNEGO ZJAZDU

Niedziela 9 października

Godzina 9: Msza święta w Katedrze

Godzina 10: Otwarcie Zjazdu w Sali Recepcyjnej Ratusza m. Lwowa.

Referaty:

Organizacja Opieki zdrowotnej — *prof. dr. Holban*

Organizacja pracy profilaktycznej — *dr. E. Doliński*

Organizacja pracy pielęgniarek społecznych we Lwowie — *p. A. Dąmbska*
Dyskusja.

Godzina 12.30: Zwiedzanie Sanatorjum Kasy Chorych, Kurkowa 31. Tamże obiad.

Godzina 16: Posiedzenie P. S. P. Z. (wstęp tylko dla członków) w Domu Emigracyjnym.

Godzina 21: Raut w Salach Recepcyjnych Uniwersytetu J. K.

Poniedziałek 10 października

Godzina 9: Zwiedzanie Katedry.

Godzina 10: Posiedzenie w sali Ośrodka Zdrowia na Zamarstynowie.
Referaty:
O szczepionce przeciw tyfusowi plamistemu — *prof. dr. Wiegel*
O pielęgnowaniu w chorobach zakaźnych *)
Dyskusja.

Godzina 13: Zwiedzanie Sanatorjum w Hołosku. Tamże obiad.

Godzina 17: Zwiedzanie Szpitala Powszechnego.

Godzina 18: Posiedzenie P. S. P. Z.: (wstęp tylko dla członków) w sali Szkoły Pielęgniarskiej przy Szpitalu Powszechnym.

Wtorek 11 października

Zwiedzanie Sanatorjum Dziecięcego Centralnego Komitetu Opieki nad sierotami w Dębinie.

Koszta dla członków Zjazdu są następujące: pierwszy nocleg 2.50 za dobę, po dwa złote za następne doby. Śniadanie 80 groszy, obiad 1.50 zł., kolacja zimna 80 gr., kolacja ciepła 1 zł.

Członkinie P. S. P. Z., mieszkające w miastach, będących siedzibami poszczególnych Stowarzyszeń absolwentek, powinny do nich zgłosić udział w Zjeździe, inne członkinie — do poszczególnych Stowarzyszeń lub wprost do Komisji Organizacyjno - Programowej Zjazdu (Lwów, ul. Lindego 5), która udziela wszelkich bliższych informacyj.

Członkinie P. S. P. Z. są proszone o zabranie z sobą broszek szkolnych oraz legitymacyj, po które należy się zgłaszać do poszczególnych Stowarzyszeń Absolwentek.

---

*) Prelegentka jeszcze nie oznaczona.

O pielęgniarstwie domowem
w Holandji i w Belgji

Podczas pobytu zagranicą na wiosnę 1932 r. miałam możność zetknięcia się w Holandji i Belgji z działem pielęgniarstwa domowego. Wrażeniami i zasadniczemi wytycznemi organizacji pracy dzielę się z koleżankami i sądzę, że zainteresuję ogół pielęgniarek, gdyż praca ta u nas nie jest jeszcze znana, a w swojem założeniu i wykonaniu tak bardzo odpowiada ideologji pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo domowe ma na celu otoczenie opieką pacjenta w domu, na terenie jego zwykłych warunków życia. Stosowane bywa zawsze pod kierunkiem lekarza, który przekazuje swe zlecenia pielęgniarce.

Do pielęgnowania w domu kwalifikują się pacjenci, którym a) szpital nie jest niezbędny, a więc tacy, którzy przy zapewnionej opiece lekarsko-pielęgniarskiej mogą odbyć chorobę w domu, a przez to — rzecz bardzo ważna — odciążają łóżka szpitalne, mogące być racjonalnie wyzyskane dla przypadków prawdziwie trudnych i ciężkich, b) z chronicznemi schorzeniami, którzy przy zapewnionej opiece pielęgniarskiej mogą jeszcze lekko pracować, pozostawać w rodzinie i nie być przeniesionemi w sztuczne, często psychicznie deprymujące warunki życia zakładowego; c) dla których odrazu nie można znaleźć miejsca w szpitalu, a którzy muszą mieć natychmiastową opiekę pielęgniarską.

Mimowoli nasuwa się tu myśl o naszych polskich stosunkach, o przeładowanych salach szpitalnych, o gruźlikach aż do śmierci nieraz czekających na miejsce, a pozbawionych pielęgniarskiej opieki, o tylu, tylu wypadkach, w których chronicznie chorzy są źle lub nie są wcale pielęgnowani przez otoczenie domowe. Każda pielęgniarka społeczna w Polsce zna te wszystkie bolączki na pamięć.

Pielęgniarstwo domowe jest przeniesieniem pracy od łóżka chorego w szpitalu — do łóżka chorego w domu. Wszystkie zabiegi zlecone przez lekarza oraz zwykłe zabiegi czysto pielęgniarskie wykonywane są na terenie codziennych warunków życia pacjenta. Stąd technika zabiegów i pracy pielęgniarki musi być bardziej giętka, musi dostosowywać się w każdym wypadku do innych warunków, z zachowaniem jednak zawsze zasad i podstaw racjonalnego, nowoczesnego pielęgniarstwa.

Dzięki uprzejmości Wydziału Zdrowia Amsterdamu mogłam poznać całkowity dzień pracy pielęgniarki domowej.

Pielęgniarstwo domowe w Amsterdamie rozpoczęte zostało przez władze sanitarne miasta w 1901 r., dziś jest wspaniale rozwinięte i opieką swą otacza całą ludność. Amsterdam podzielony jest na 12 okręgów; na terenie każdego czynne jest ambulatorjum dla ludności niezamożnej, nie

mającej ubezpieczenia lekarskiego, a potrzebującej opieki lekarsko - pielęgniarskiej. Organem opinjującym o udzielaniu bezpłatnej pomocy lekarsko - pielęgniarskiej jest Wydział Opieki Społecznej, który określa stan materjalny rodzin.

W przypadkach nagłych, niecierpiących zwłoki, pomoc lekarza i pielęgniarki bywa dawana natychmiast, poczem jednak rodzina musi się wylegitymować kartą ubóstwa z Opieki Społecznej.

W godzinach rannych pacjenci zgłaszają się do ambulatorjum, gdzie dla każdego prowadzona jest karta lekarska. Pielęgniarki od pracy rejestracyjno - biurowej są prawie zupełnie zwolnione: wyszukiwaniem kart, ich układaniem i t. d. zajmuje się urzędnik, który w wątpliwych wypadkach udaje się o radę do pielęgniarki.

W ambulatorjum, które zwiedzałam, złożonem z 2 pokoi i kilku separatek, pracował lekarz, dwie siostry-pielęgniarki i — brat-pielęgniarz. W Holandji bowiem obok pielęgniarek pracują i pielęgniarze, mający takie same zawodowe wykształcenie, egzamin państwowy, a nawet — mundur... Lekarz załatwia pacjentów w swoim gabinecie, obok w pokoju opatrunkowym siostry i brat robią opatrunki i drobne zabiegi pacjentom poprzednio zbadanym przez lekarza, w wątpliwych wypadkach zasięgając rady pracującego obok doktora. Po załatwieniu całego szeregu opatrunków i zabiegów, ambulatorjum pustoszeje, siostry robią porządek, przygotowują materjał opatrunkowy na dzień następny i, po wypiciu filiżaneczki kawy, rozchodzą się do domów na obiad.

Popołudniu ten sam zespół osób, a więc lekarz, siostry i brat pracują każdy w swoim okręgu w domach niezamożnych, chorych pacjentów.

Lekarz załatwia zgłoszenia od pacjentów, którzy będąc ciężko chorymi, nie mogą przyjść do ambulatorjum i do każdej rodziny wymagającej opieki pielęgniarskiej, kieruje siostrę, pisząc na karcie „Sister!" i notując zlecenia. O ile pomoc pielęgniarki ma być pacjentowi dana tego samego popołudnia co i badanie — zawiadamia o tem jedną z dyżurujących sióstr za pośrednictwem komisarjatu policji, bowiem adres pielęgniarki jest przed rodzinami trzymany w tajemnicy, — w przeciwieństwie do adresu lekarza. Jest to zrozumiałe, gdyż inaczej pielęgniarki byłyby często proszone o radę i pomoc przez rodzinę, których bez poprzedniego porozumienia się z lekarzem i jego zlecenia nie mogą udzielać.

Pracę swoją popołudniową pielęgniarki zaczynają o 2-ej, wyruszając na miasto na rowerach z podręcznemi walizkami. Rowery oszczędzają w kolosalnej mierze czas zużywany na lokomocję i pozwalają z łatwością transportować od domu do domu dość ciężką walizkę pielęgniarską. Rowery, jako sposób lokomocji, są tak powszechnie używane w Holandji przez dzieci, młodzież i dorosłych wszystkich stanów, nie wyłączając zakonnic i kleru, że długo musiałam wyjaśniać towarzyszącej mi siostrze Godshalk, dlaczego nie mam ze sobą swego roweru.

Pielęgniarki udają się do rodzin w mundurach, mając zapasowe fartuchy w walizce pielęgniarskiej. W walizce tej w kształcie sakwojaża znajduje się:

1) gliceryną
2) 1% salic. spirytus
3) sabadylla
4) gliceryna z boraksem
5) spirytus kamforowy
6) benzyna
7) oliwa
8) maść salicylowo - waselinowa
9) ampułki do injekcyj
10) szpadelki
11) nożyczki
12) strzykawka
13) termometr
14) agrafki
15) 2 pincety: brudna i czysta.
16) bandaże o szerokości 6 — 8 — 10 cm.
17) strzykawka 10 gr.
18) plaster
19) wata i gaza
20) puder
21) grzebień gęsty i rzadki
22) ręcznik
23) mydło — szczotka.

Walizki, jak i ich wyposażenie zostają dostarczane siostrom przez Miejski Wydział Zdrowia.

Popołudnie mego dnia pracy w pielęgniarstwie domowem spędziłam z dwiema siostrami. Jedna z nich miała akurat tego dnia wyznaczone do pielęgnowania rodziny w barakach na przedmieściu Amsterdamu, druga — szereg rodzin w śródmieściu. Z wielkiem zaciekawieniem szłam razem z niemi, myśląc o naszych warunkach pracy w barakach dla bezdomnych, ciekawa, jak pielęgniarki będą przyjęte przez rodziny, jak pracują w ciężkich warunkach mieszkaniowych, jak i czy mogą stosować technikę pielęgniarską, nabytą w szpitalach.

Baraki w Amsterdamie są podobne do naszych w Warszawie, jednak panuje w nich mniejsza ciasnota.

Wchodzimy do jednego mieszkania. Pielęgniarka mówi mi przedtem, że mieszka tam zreumatyzowana staruszka, zięć wdowiec cały dzień poza domem, dzieci chodzą do szkoły, a popołudnia spędzają w świetlicy.

Pielęgniarka przyjeżdża do pacjentki trzy razy tygodniowo, aby zrobić jej kąpiel w łóżku i lewatywę.

W mieszkaniu biednie, lecz dość schludnie. Ponieważ domownicy wiedzą o dniu i godzinie przyjścia pielęgniarki, więc wodę, mydło, trochę bielizny zawczasu przygotowano. Pielęgniarka zdejmuje palto, zostaje w mundurze i fartuchu, rozkłada walizkę i zakasawszy rękawy, wykonuje zabieg, robi kąpiel w łóżku, czesze staruszkę, prześciela łóżko i zmienia bieliznę. Przy sposobności rozmawia, pyta o zięcia, zdrowie i naukę dzieci. Zabiegi pielęgniarka wykonuje szybko, jednak nie okazując pośpiechu. Po skończonej pracy sprząta, składa brudną bieliznę, myje ręce, przysuwa staruszce stolik z włóczkową robotą i wychodzi, żegnana słowami wdzięczności i podzięki.

W drugiej rodzinie w barakach był opatrunek do zrobienia. Mieszkanie ciasne i brudne. Pielęgniarka przychodzi tam poraz pierwszy. Zaznajamia się z rodziną, pyta o warunki życia, liczbę dzieci, dowiedziawszy się, że jest w domu niemowlę, kieruje je do Stacji Opieki nad matką i dzieckiem. Następnie przystępuje do zrobienia opatrunku. Tutaj był dla mnie bardzo ciekawy moment: w jaki sposób pracować będzie pielęgniarka w otoczeniu brudu i nieporządku. Otóż usuwa sprzęty pod ścianę, jeden stołek stawia pośrodku pokoju, wyciera go mokrą ścierką, kładzie na nim czysty papier i tak, stworzywszy wśród brudu wysepkę czystości — przystępuje do zrobienia opatrunku. Wychodzi, zapowiadając kiedy przyjdzie następny raz i prosząc o uprzątnięcie mieszkania. Twierdzi, że prawie zawsze jej słuchają.

Wychodzimy na dziedziniec: kilka matek zaprasza pielęgniarkę do mieszkań, chcąc się poradzić w sprawach zdrowia, a ta informując, obcina jednocześnie dzieciom paznokcie, skraca opadające na oczy grzywki, na kilka głów zakłada czepki z kompresami z octu dla usunięcia gnid.

Po skończonej pracy pielęgniarka przejeżdża na rowerze do następnych baraków, ja zaś idę z drugą siostrą do śródmieścia.

Ta zagląda do swego zeszytu: ma osiem rodzin do odwiedzenia. Byłam z nią do końca dnia pracy, który przeciągnął się do samego wieczora, gdyż nie mogąc ze względu na mnie przejeżdżać rowerem od domu do domu, traciła na komunikację dość dużo czasu. Zobaczyłam znów kąpiel w łóżku młodej dziewczyny ze sparaliżowanemi od dzieciństwa nogami. Mieszka z bratem i pomimo swego kalectwa prowadzi mu całkowite gospodarstwo: obiera w łóżku jarzyny, mając kuchenkę gazową obok siebie, gotuje obiad; naprawia bieliznę, a nawet pierze drobne rzeczy w łóżku. Od czasu do czasu zarabia trykotowemi robótkami. Mając zaś zapewnioną opiekę lekarską i pielęgniarską w domu, nie potrzebuje

być umieszczoną w zakładzie i, mimo swego kalectwa, prowadzi normalne życie rodzinne i ma poczucie, że pracuje, jest potrzebna i pożyteczna.

Następnie widziałam kilka opatrunków, injekcyj, kąpieli w łóżku ciężko chorych, ze szczególnem zwróceniem uwagi na zapobieganie odleżynom.

Wszędzie sprawna, szybka praca, zainteresowanie się pielęgniarki zdrowiem członków rodziny poza chorym i kierowanie w razie potrzeby do odpowiednich instytucyj. Przyjęcie zaś w rodzinach serdeczne, z dużem zaufaniem i szacunkiem. Często prośba: „Może siostra trochę dłużej zostanie, jeszcze porozmawia, — lżej i weselej na duszy, gdy siostra jest między nami — prosimy wrócić do nas prędko, —. nawet gdy wyzdrowiejemy...“

Ogromnem ułatwieniem i nieodzowną koniecznością w pielęgniarstwie domowem jest pomocnicza organizacja kobiet wykwalifikowanych w prowadzeniu gospodarstwa domowego, które w razie potrzeby zostają na parę godzin dziennie skierowane do rodzin. W razie obłożnej choroby np. matki rodziny — przejmują jej obowiązki, a więc: ugotowanie posiłku, upranie bielizny, uprzątnięcie mieszkania, cotygodniowe wykąpanie dzieci, odprowadzenie i przyprowadzenie ich ze szkoły i t. p.

Zapewnia to chorej matce, która najczęściej wymaga zastępstwa w gospodarstwie, spokój w czasie choroby o normalny tryb życia rodziny i pozwala na dość długą rekonwalescencję, bez zawczesnego wstawania z łóżka dla prania, porządków i t. p.

Zdawanie relacyj o stanie zdrowia pielęgnowanych pacjentów, zapytania o zmiany w pielęgnowaniu załatwiają pielęgniarki w godzinach rannych osobiście z lekarzem, który prowadzi ambulatorjum, a który jednocześnie jest lekarzem domowym rejonu, który należy do ambulatorjum.

Notatki o chorych zapisują pielęgniarki na kartach, zaznaczając daty bytności w domach chorych i widoczną poprawę lub pogorszenie w stanie pielęgnowanych chorych. Strona biurowa pracy jest sprowadzona do minimum i nieomal że nie jest brana w rachubę.

Pielęgniarstwo domowe w Holandji wywarło na mnie ogromne wrażenie nietylko jako pięknie zorganizowana i dobrze wykonywana praca, lecz jako dział, którego uruchomienie jest dla naszych w Polsce warunków niesłychanie pilną i niezbędną sprawą.

Wanda Lankajtesówna

(C. d. n.).

Parę słów o gimnastyce leczniczej

W jednym z numerów „Pielęgniarki Polskiej“ *) poruszyliśmy zagadnienie ćwiczeń cielesnych, a między innemi gimnastyki leczniczej; wobec tego, że zagadnienia te są na czasie, jako mające dużo związku z kolonjami letniemi — wracamy znów do tej sprawy.

Prowadzenie zabaw, gier, gimnastyki wchodzi w rozkład dnia na kolonji letniej czy półkolonji, zarówno jak karmienie, mycie i inne tem podobne czynności. Brak funduszów na angażowanie sił specjalnie kwalifikowanych w tym czy innym zakresie — wkłada często obowiązki niespodziane na osoby, które, będąc społecznie wyrobione, muszą podejmować się trudnych zadań, pomimo braku należytego przygotowania. Wszak w zakresie pracy pielęgniarki nie leży zajmowanie się wychowaniem fizycznem, wobec jednak coraz większych wymagań życia, coraz trudniejszych warunków materjalnych, musimy sobie wystarczać i radzić.

Aby jednak spełnić należycie swój obowiązek, należy orjentować się w całokształcie zagadnienia i dlatego omówiono gimnastykę leczniczą nieco obszerniej.

Z pośród młodzieży ćwiczącej się zgłaszają się bardzo często chłopcy, a szczególnie dziewczęta ze skargami na szybkie męczenie się przy ćwiczeniach, na zawroty głowy, ogólne osłabienie po lekcji gimnastyki, na strach przed ćwiczeniami głową w dół, przewrotami, zwisami, wreszcie na kłucia w okolicy serca, w podżebrzach i jamie brzusznej. Jest to młodzież bardzo niesłusznie posądzana o lenistwo, o chęć zwolnienia się z gimnastyki, o złą wolę i t. d. Dopiero skierowanie dziecka, skarżącego się na powyższe dolegliwości do lekarza, wyjaśnia istotę rzeczy.

U osobników tych zwraca uwagę wąska budowa, długa, cienka szyja, długa, wąska klatka piersiowa w ustawieniu najczęściej wydechowem, łopatki odstające, często znaczne skrzywienie ku przodowi odcinka lędźwiowego kręgosłupa (lordoza). Poza tem podściółka tłuszczowa jest skąpa, mięśnie słabo rozwinięte, wiotkie.

Przy badaniu narządów wewnętrznych stwierdza się małe, często wiszące serce, niskie ciśnienie, przyśpieszenie tętna, pobudliwość nerwową wybitnie wzmożoną, odruchy bardzo żywe. Powłoki brzuszne wiotkie, brzuch w dolnej części nieco więcej wysklepiony niż w górnej, jelita często opadnięte, żołądek opuszczony, nerka prawa w dużej liczbie przypadków, szczególnie u dziewcząt, ruchoma. Są to więc jednostki z grupy młodzieży a s t e n i c z n e j.

Młodzież ta, poza wadami budowy, które są cechą właściwą konstytucji astenicznej, nie wykazuje zmian chorobowych. Dla tej młodzieży ćwiczenia są właśnie wskazane; zwalnianie z ćwiczeń młodzieży najbar-

*) Art.: „Parę słów o ćwiczeniach cielesnych“, Nr. 1, 1932.

dziej potrzebującej gimnastyki, która staje się w tych przypadkach czynnikiem leczniczym, jest bardzo niepożądane.

Ćwiczenia fizyczne, sport — nie są obojętne dla organizmu. Ruch, pośrednio przez mięśnie, przyczepy których drażnią okostną, pobudza kościec do prawidłowego wzrostu wzdłuż i wszerz, barki rozrastają się, obwód klatki piersiowej zwiększa się, klatka piersiowa pogłębia się w wymiarze przednio - tylnym, zwiększa się też jej ruchomość. Kręgosłup staje się bardziej elastyczny, wiązadła bardziej podatne, stawy bardziej ruchome. Rozrost klatki piersiowej, lepsza jej ruchomość jest czynnikiem zwiększającym przemianę materji, która w następstwie zwiększonego zapotrzebowania tlenu, pobudza płuca i serce do większej pracy. Płuca zwiększają swą pojemność, lepiej się przewietrzają, co ma ważne znaczenie przy zapobieganiu chorobom płucnym.

Mięśnie pod wpływem ćwiczeń grubieją, włókienka mięsne ulegają przerostowi, pomnożeniu, mięsień „nabiera siły". Ładny rozwój poszczególnych grup mięśniowych uzupełnia ładną postawę, ładną linję, harmonijny ruch. Równomierny rozwój wszystkich mięśni usuwa szpecące zapadnięcie w lędźwiach, poprawia wypukłe, obwisłe brzuchy, okrągłe plecy, poprawia postawę. W wieku młodzieńczym, gdy mięśnie nie nadążają za wzrostem kośćca, stają się wiotkie, długie, umiejętne zastosowanie gimnastyki ma wybitny wpływ na kształtowanie się postawy.

Podczas intensywnej pracy mięśni, zapotrzebowanie materjałów odżywczych, w szczególności tlenu — wzmaga się znacznie. Naczynia włosowate ulegają znacznemu rozszerzeniu, te zaś naczyńka, które w normalnych warunkach są zamknięte — otwierają się. Obliczenia wykazały, że gdy w warunkach zwykłych liczba naczyniek włosowatych w milim. kwadratowym wynosi 31, liczba ich po pracy może dojść do 2.500 (!!). Rozszerzenie i zwiększenie ilości naczyń włosowatych ma na celu zwiększenie powierzchni stycznej krwi z tkankami otaczającemi i zwolnienie biegu krwi w rozszerzonych naczyńkach przez zwiększenie łożyska krwi. Daje to możność tkankom lepiej wyzyskać tlen doprowadzony do tkanek przez krwinki.

Sprawność organizmu zależy przedewszystkiem od prawidłowej czynności narządu oddychania i krążenia. Zadaniem serca jest dostarczanie tkankom produktów odżywczych oraz usuwanie powstałych przy pracy zbędnych produktów. Jednym z czynników przyczyniających się do sprawnego działania narządu krążenia jest ruch mięśni, który ułatwia i przyśpiesza odpływ krwi z obwodu do serca. Przekonać się o tem możemy, gdy przy pobieraniu krwi z żyły każemy choremu poruszać mięśniami przedramienia (ruch dłonią).

Przy pracy zwiększa się szybkość tętna, zwiększa się ilość krwi wyrzucanej w ciągu jednej minuty, przyczem różne ćwiczenia rozmaicie

zwiększają te czynniki, w zależności też od intensywności ćwiczenia, szybkości i t. d., co ma znaczenie przy doborze ćwiczeń i wyborze sportów. Szybkość krążenia krwi powoduje podniesienie przemiany materji, lepsze spalanie materjałów palnych, odżywczych, lepsze wypłukanie pozostałych nieużytków, lepszą wentylację płuc (u mężczyzn normalna wentylacja płuc wynosi 7 litrów, podczas biegu wentylacja płuc może dojść do 50 litrów na minutę). Szybka przemiana materji, rozszerzenie naczyń na obwodzie nie może pozostać bez wpływu na cerę, której tak zazdroszczą sportowcom ludzie wychowani jak kwiaty cieplarniane w pokoju i w mieście. Wydajność pracy umysłowej pod wpływem ćwiczeń wybitnie się zwiększa, jak to stwierdzono w szkołach, w których część klasy uprawiała ćwiczenia, druga zaś część była rozmyślnie pozbawiona tej przyjemności.

Wobec tak potężnego wpływu ćwiczeń fizycznych na ustrój ludzki, należy młodzież wątłą, asteniczną, ozdrowieńców zachęcać do uprawiania odpowiednich sportów i gimnastyki, rodziców zaś namawiać, by nie traktowali zbyt pobłażliwie opuszczania ćwiczeń przez dzieci wątłe, gdyż w tych wypadkach uprawianie ćwiczeń może dać wybitnie dodatnie wyniki.

Jednak by rezultaty były naprawdę dobre, gimnastyka powinna być odpowiednio dostosowana do organizmów potrzebujących specjalnej pieczy. Zwrócenie uwagi na tę grupę młodzieży dało w rezultacie typ gimnastyki dla asteników; ćwiczenia te mogą być stosowane u dzieci i młodzieży wątłej, u ozdrowieńców, wymagających ćwiczeń leczniczych.

Gimnastyka lecznicza różni się od zwykłej usunięciem ćwiczeń trudniejszych, wymagających większej sprawności od wykonawców, innem stopniowaniem ćwiczeń, doborem ćwiczeń podkreślającym ćwiczenia mające na celu usunięcie tych czy innych braków, wreszcie wprowadzeniem do programu ćwiczeń dodatkowych, które w gimnastyce zwykłej nie są stosowane.

Lekcja gimnastyki zwykłej obejmuje ćwiczenia, które pod względem treści swej dzielimy na grupy następujące:

1. Ćwiczenia porządkowe i wychowawcze (zbiórki, marsze, formowanie kolumn, pozdrowienia, pożegnania i t. d.)
2. Ćwiczenia kształtujące (szyję, tułów, ramiona, nogi)
3. Ćwiczenia koordynacji nerwowej (równoważne, asymetryczne)
4. Ćwiczenia zręczności, zwinności, siły (zwisy, biegi, skoki)
5. Ćwiczenia dodatkowe, stosowane w miarę potrzeby (ćwicz. oddechu, uspokajające, ożywiające, rozluźniające i t. d.).

Ćwiczenia te są uwzględniane w każdej lekcji; program lekcji układa nauczyciel według pewnego szematu, zwanego „tokiem lekcyjnym“. Szemat ten zawiera taki dobór ćwiczeń, który pozwala uwzględnić prze-

ćwiczenie wszystkich mięśni ciała, dąży do harmonijnego rozwoju tak fizycznego jak i duchowego; daje to możność zachowania pewnej kolejności ćwiczeń z punktu widzenia ich nasilenia, ich ciężkości, by przez stopniowe rozruszanie organizmu osiągnąć maksimum wysiłku, a potem znów wrócić do stanu normalnego.

Graficznie można to przedstawić na krzywej, którą podzielimy na 3 odcinki, przyczem na ramieniu wstępującem będą ćwiczenia wstępne, na szczycie krzywej — główne, i na ramieniu zstępującem — ćwiczenia końcowe.

Jeżeli lekcja jest ułożona dobrze, powinna uzyskać jak największą sumę pracy przy najmniejszym wysiłku fizycznym, przyczem powinna uwzględniać wiek, płeć i ogólny przeciętny poziom sprawności fizycznej. W wypadkach, gdy mamy do czynienia z młodzieżą, która z tych czy innych względów nie dorównuje przeciętnemu poziomowi sprawności fizycznej danej klasy — musimy zastosować gimnastykę leczniczą, w której stopniowanie nasilenia i dobór ćwiczeń jest inny.

W gimnastyce leczniczej ćwiczeń porządkowych nie stosujemy, gdyż najczęściej ćwiczenia lecznicze stosujemy w grupach po 10, 12, 15 osób, ład i porządek nie jest trudno utrzymać, poza tem zabierają one sporo czasu, który w gimnastyce leczniczej staramy się wyzyskiwać na wypoczynek. Nie stosujemy też ćwiczeń z grupy IV — zwisów, wspinań, podporów.

Ćwiczenia te mają bardzo dużo zalet jako ćwiczenia kształtujące, szczególnie zwisy, których zalety wyzyskuje gimnastyka ortopedyczno-przyrządowa (prostowanie kręgosłupa bierne pod wpływem własnego ciężaru). Ćwiczenie to jednak stosowane nawet bardzo krótko u dziatwy szkolnej wątłej, o sprawności poniżej przeciętnej, może być ćwiczeniem zbyt intensywnem. Wreszcie zwisy stosowane u dzieci ze zbyt wiotką muskulaturą, u których ciężar ciała przewyższa siłę mięśni, powodują rozciąganie nadmierne, a w następstwie zwiotczenie mięśni barków, co jeszcze bardziej zwiększa odstawanie łopatek; zamiast więc poprawy postawy, tak często bardzo wadliwej u młodzieży, pogarszamy ją jeszcze bardziej.

Podpory swym charakterem są bardzo zbliżone do zwisów, z tą różnicą, że oparcie dla rąk przy zwisach jest powyżej pasa barkowego, a przy podporach — na jego wysokości, lub poniżej. Wszystkie te ćwiczenia, poza trudną techniką wykonania, wymagającą pewnego wyrobienia mięśni i siły, należą do ćwiczeń, w których praca mięśni polega na skurczu statycznym. Skurcz mięśnia statyczny jest męczący, gdyż dla otrzymania go bodźce z układu nerwowego ośrodkowego muszą być wysyłane stale; męczy to układ nerwowy ośrodkowy, jak i obwodowy wraz z mięśniami. Mięśnie, reagując stale na bardzo częste bodźce, zużywają na to cały zapas swej energji i ulegają zmęczeniu.

W mięśniu zaś pracującym statycznie krążenie jest upośledzone; nagromadzające się produkty spalania nie zostają należycie wypłukane, co znów powoduje pogorszenie warunków pracy dla mięśni. Poza tem ćwiczenia te wymagają natężenia woli, trochę odwagi, co jest męczące u dzieci wątłych, u których system nerwowy jest zwykle odpowiednio mniej odporny i wyrobiony.

Z innych ćwiczeń pominięte są w gimnastyce leczniczej skoki, ze względu na wiotkość tkanki łącznej, często stwierdzone opadnięcie trzew i płaskie stopy. Wreszcie złe opanowanie ruchu przez nieumiejętne użycie potrzebnych grup mięśniowych powoduje przy doskoku bardzo silny wstrząs kręgosłupa, co się niekorzystnie odbija na skrzywieniach.

Poza usunięciem ćwiczeń trudzących, wymagających większej sprawności, stosujemy inne stopniowanie ćwiczeń.

Badania wykazały, że astenicy źle znoszą ćwiczenia trwałe, natomiast są w stanie pokonać nawet znaczną pracę, ale krótkotrwałą. Dlatego też ćwiczenia dla astenicznej młodzieży stosujemy intensywnie, lecz bardzo krótko, dając po każdem ćwiczeniu wypoczynek. Wypoczynek trwa zwykle dopóty, aż uspokoi się tętno i dziecko poczuje się zupełnie wypoczęte.

Ćwiczenia tak stosowane są silnemi, lecz krótkotrwałemi podnietami, ćwiczącemi serce, które jak każdy mięsień, pod wpływem pracy wydoskonala się w swej wydolności.

W ćwiczeniach więc leczniczych nie przestrzegamy ciągłości ćwiczeń i nie wzorujemy się na krzywej toku lekcyjnego.

Poza tem u dzieci wątłych, astenicznych stosuje się ćwiczenia początkowo w pozycji leżącej. Ma to na celu ułatwienie pracy serca, gdyż w płaszczyźnie poziomej zmniejsza się opór dla pracy serca z powodu zmniejszenia ciśnienia krwi, i usuwa pracę zużywaną na utrzymanie pozycji pionowej. Prawidłowa pozycja stojąca wymaga znacznego wysiłku, w warunkach więc nie wymagających utrzymania równowagi, gdyż powierzchnia podstawy ciała w pozycji leżącej jest znacznie większa niż w stojącej, poprawa postawy, opanowanie ruchu, ćwiczeń jest znacznie ułatwiona. Po odpowiedniem wzmocnieniu mięśni, serca, układu nerwowego, gdy ćwiczenia w pozycji leżącej są zupełnie opanowane i nie wywołują szybkiego męczenia się u młodzieży, zaczyna się stosować ćwiczenia w pozycji poziomej na czworakach, wreszcie w pozycji pionowej, początkowo siedzącej, potem klęczącej, wreszcie stojącej.

W miarę poprawy stanu ogólnego dzieci — wypoczynki między ćwiczeniami są coraz bardziej skracane, natomiast czas trwania ćwiczeń przedłuża się tak dalece, że w końcu ćwiczenia mają charakter gimnastyki zwykłej i dzieci mogą być wcielone do grup dzieci ćwiczących normalnie.

Dla urozmaicenia ćwiczeń w gimnastyce dla młodzieży astenicznej możemy stosować gry i zabawy, które są typowemi ćwiczeniami dla

asteników, gdyż podczas nich po krótkim ruchu następuje automatycznie wypoczynek i odwrotnie.

W sprawie zaś młodzieży ze skrzywieniami kręgosłupa toczy się żywa dyskusja — który z systemów gimnastyki ortopedycznej jest bardziej celowy: czy gimnastyka przyrządowa, czy bez przyrządów? Gimnastyka ściśle ortopedyczna przyrządowa polega na stosowaniu różnych wyciągów, aparatów; ma ona coraz więcej przeciwników gdyż są to przeważnie ćwiczenia bierne uwzględniające tylko pewne odcinki kośćca. W gimnastyce bezprzyrządowej staramy się osiągnąć poprawę wady przez zastosowanie ćwiczeń specjalnych, rozluźniających stawy i wiązadła, a potem przez czynne ćwiczenie poszczególnych grup mięśniowych utrzymać poprawę na osiągniętym poziomie.

W tym kierunku prof. Klapp w Niemczech opracował system ćwiczeń specjalnych. Ćwiczenia te są wykonywane w pozycji poziomej na czworakach. W położeniu tem zwiększa się podstawa ciała, praca mięśni zastosowana w kierunku utrzymania równowagi odpada i może być zużytkowana całkowicie w kierunku poprawy postawy. W pozycji tej kręgosłup zostaje odciążony od ucisku górnych odcinków na dolne, ciężar ciała zostaje rozłożony mniej więcej jednakowo na mięśnie grzbietu; postawa ta przyczynia się do zwiększenia elastyczności mniej uciśniętych chrząstek międzykręgowych, torebki stawowe nieco się rozluźniają. Umiejętne zastosowanie i odpowiedni dobór ćwiczeń systemu Klapp'a pozwala na przećwiczenie dowolnego odcinka kręgosłupa; ma to znaczenie u dzieci w szczególności, gdyż nie umieją one wyodrębniać pracy poszczególnych grup mięśniowych.

Wszystkie te czynniki przemawiają na korzyść ćwiczeń Klapp'a, które też godne są polecenia w ćwiczeniach dla asteników, gdyż u nich bardzo często stwierdza się skrzywienie kręgosłupa i złe trzymanie się.

Z ćwiczeń więc leczniczych gimnastyka Klapp'a wymaga specjalnego zaznajomienia się z nią, poza tem, konieczność stosowania gimnastyki u osób ze skrzywieniami nieraz przez długie lata, by osiągnąć pożądany wynik — uniemożliwia stosowanie jej na kolonjach letnich, trwających przez krótki okres czasu.

Gimnastyka zaś dla asteników może być stosowana na kolonjach letnich. Nie wymaga ona ani specjalnych przyrządów, ani znajomości specjalnych ćwiczeń, gdyż polega ona na odpowiednim doborze prostych, nieskomplikowanych ćwiczeń, wykonywanych szybko, w krótkim okresie czasu, w pozycji poziomej; ćwiczenia te, pomimo konieczności indywidualizowania ćwiczeń leczniczych, mogą być stosowane w nieco większych grupach młodzieży (12—15 osób). Możemy więc dzieci na kolonjach letnich zgrubsza podzielić na wątłe, asteniczne, słabo rozwinięte, szybko męczące się i zdrowe, wreszcie zastosować nawet i u zdrowych ten system ćwiczeń, gdyż szkody zdrowym się nie przyniesie, a wątłe dzieci

odczują dobroczynny wpływ ćwiczeń, nie przekraczających granic możliwości ich organizmów. *)

Ponieważ ćwiczenia czy to zwykłe, czy lecznicze zajmują w programie dnia zaledwie małą jego część, należy zwracać uwagę na dzieci i ich postawę stale, by to, co się poprawia w ciągu godziny, nie było niszczone w ciągu całego dnia. W tym celu należy organizować pogadanki, uświadamiające rodziców i pozostały personel, by wywołać większe zainteresowanie wśród ludzi, którzy mogą współdziałać z personelem prowadzącym ćwiczenia. Należy drogą pobudzania samokontroli i ambicji wyrabiać u dzieci chęć dorównania dobrym wzorom, współzawodnictwa szlachetnego w kierunku prędszego pozbycia 'się wady.

W Ameryce przez wprowadzenie specjalnych kart zdrowia, w których notuje się co jakiś czas postępy w pracy nad usuwaniem wad i dbania o postawę prawidłową poza godzinami gimnastyki — uzyskano czynnik samokontroli i zachęcenia do pracy nad sobą. Pogadanki i akcja propagandowa zdziałały tam tak wiele, że o ile dawniej ćwiczący się na salach gimnastyki leczniczej byli uważani za kaleków i niedołęgów — o tyle w ostatnich czasach osoby z najmniejszemi wadami organizmu zgłaszają się do specjalnych poradni, celem usunięcia tych braków.

Trzeba zdać sobie sprawę z tego, że sposób trzymania się nie jest wynikiem li tylko sposobu rozwiązania przez poszczególne organizmy utrzymania równowagi i problemów statycznych, — sposób trzymania się zależy od czynników rasowych, warunków życia, zawodu, w dużej mierze od nastawienia psychicznego i urobionego pojęcia estetyki, która nie zawsze rozwiązuje kwestję ładnej sylwetki w myśl zasad prawidłowej budowy ciała, wreszcie od mody, która narzuca nam pojęcia tak dalece zmienne, że to, co dziś uznajemy za piękne — jutro wyda się nam brzydkiem.

Wiemy, że ludy górskie mają piękną postawę w przeciwieństwie do koczowniczych narodów, spędzających całe swe życie na siodle, wiemy, że sylwetka Szweda lub Norwega różni się bardzo od sylwetki Chińczyka czy Japończyka, wiemy, że postawa nieraz zdradza nam zawód danego człowieka (tragarz, marynarz, szewc, kowal), wiemy, że sylwetka człowieka z okresu romantyzmu, jego sposób poruszania się, mówienia, były inne niż dziś, w okresie szalonego pędu życia, rozwoju techniki i sportu — i gdy w tamtych czasach zachwycano się podkrążonemi oczyma, postacią złamanego człowieka — dziś porywa nas sylwetka sportowca o żywych, energicznych ruchach, sprężystym chodzie, opalonej cerze, z głowa wysoko wzniesioną, o śmiałem spojrzeniu. Wpływ zaś mody na sylwetkę

*) Wskazanem byłoby dla osób mających prowadzić kolonje, urzadzać kursy parotygodniowe, obejmujace całokształt zagadnienia, z uwzglednieniem prowadzenia ćwiczeń zwykłych i leczniczych, jak to zapoczątkował bardzo szczęśliwie Okregowy Zwiazek Kas Chorych w roku bieżącym.

niewieścią, wpływ munduru na sposób trzymania się mężczyzny — są tak widoczne, że nie można tego czynnika pominąć.

Należy więc od wczesnego dzieciństwa wpajać w ludzi prawidłowe pojęcie piękna, radość życia, ruchu, piękna przyrody, by choć w tych granicach, jakie nam narzuca dziedziczenie konstytucji, zachęcić do poprawy naszej budowy i zdrowia, by być kowalem nietylko swego szczęścia, ale przyczyniać się do wykuwania lepszych form, lepszego zdrowia dla siebie i przyszłych pokoleń.

Dr J. Tietzówna

Odżywianie w chorobie

(Ciąg dalszy)

Odżywianie w chorobach nerek.

Jedną z ważniejszych zasad odżywiania pacjentów z chorobami nerek jest unikanie substancyj, które mogłyby uszkodzić nabłonek komórek nerkowych. Dr Noorden, Sansum i inni zalecają usunięcie z diety chorego na nerki wszelkich pokarmów, pozostawiających resztki trudne do wydzielenia. A więc zabronione są pieczenie przedewszystkiem z dziczyzny, (szczególnie zewnętrzna zbronzowiała powierzchnia mięsa pieczonego lub smażonego jest szkodliwa), ostre sosy i przyprawy jak musztarda, pikle, marynaty, napoje alkoholowe. Używanie kawy i herbaty musi podlegać ograniczeniom zależnie od indywidualnego reagowania na alkaloidy, zawarte w tych napojach.

Poniżej podaję listę substancyj, które są wydzielane z łatwością lub z trudnością przy zapaleniu nerek (*nephritis*).

Wydzielane z łatwością są:

Kwas moczowy, zasady xantynowe, amino - kwasy, węglany.

Substancje wydzielane z trudnością:

Mocznik, kreatynina, barwiki, kwas hippurowy, fosforany, nieorganiczne siarczany, sole potasu.

Z początku choroby woda jest z trudnością wydzielana i w ciężkich stadjach (bezmocz) często nawet woda z większą trudnością wydziela się niż mocznik. Gdy jednakowoż następuje poprawa w zdrowiu pacjenta, organizm z łatwością pozbywa się wody.

Rozpatrzmy kolejno wymienione powyżej substancje:

1) K r e a t y n i n a pochodzi z kreatyny, znajduje się w wyciągach z mięsa, rosołach. Ślady kreatyniny znajdują się również i w gotowanych mięsach (znacznie więcej jest jej w pieczonych i smażonych) oraz w żółtku jajka. Nie znajduje się w warzywach.

2) B a r w i k i prawdopodobnie pochodzą z hemoglobiny i niema dotąd sposobów ograniczenia przemiany materji t. j. metabolizmu hemoglobiny przez odpowiednie ułożenie diety. Pokarmy i substancje, zawie-

rające hemoglobinę powinno się usuwać z jadłospisu chorego, a więc np. wątróbkę, kiszkę kaszaną, czerninę i t. p.

3) Kwas fosforowy występuje w dość dużych ilościach w mięsie, żółtku jajka, mleku i wielu warzywach. Mleko jest głównym produktem, który tu należy wziąć pod uwagę, gdyż jest naogół dość powszechnie używany. Dr von Noorden proponuje podawanie węglanu wapnia pacjentom chorym na nerki, a będącym na diecie mlecznej. Węglan wapnia neutralizuje kwas fosforowy i tworzy z nim połączenia łatwo wydzielające się.

4) Mocznik i siarczany pochodzą z różnych białek. Należy pamiętać, że przez odpowiednie skonstruowanie diety możemy wpłynąć na zmniejszenie rozkładu białka, a przez to na zmniejszenie ilości powstającego mocznika. Dr Noorden ostrzega przeciw nadmiernemu używaniu białka i tłuszczu, a zaleca zwiększenie cukru i potraw mącznych.

5) Kwas hippurowy pochodzi z grupy związków zwanych estrami benzolowemi, znajdującemi się w warzywach liściastych, owocach pestkowych i w borówkach. Należy unikać pokarmów tych w wyjątkowo ciężkich stanach zapalnych nerek. Małe ilości kwasu hippurowego, zawarte w takich owocach jak jabłka, gruszki, maliny, winogrona nie mogą wpłynąć ujemnie i nawet przy ciężkich procesach zapalnych podawane są owoce powyższe szczególnie w formie soków surowych.

6) Kwas octowy i cytrynowy. — Popularnem jest mylne zresztą mniemanie co do efektu, jaki ma kwas octowy na nerki. Szkodliwość jego nie jest stwierdzona, chyba, że używanym jest kwas octowy zanieczyszczony kwasami: siarkowym lub solnym. Niemniej jednak kwas cytrynowy wraz z sokiem świeżej cytryny posiada nietylko łagodniejszy kwas, ale również rozpuszczone sole wapnia, sodu, magnezu, wpływajace na alkalizowanie ustroju. (Wszelkie owoce, zarówno jak i warzywa, maja przewagę alkalotwórczych czynników).

Kwas moczowy i zasady xantynowe są względnie łatwo wydzielane przez nerki. Są one jednak toksyczne i w pewnych okolicznościach wydzielanie ich może być opóźnione. Szczególnie przy skłonności do artretyzmu w połączeniu ze schorzeniem nerek należy unikać tych substancyj. Obfitują w nie szczególnie organy wewnętrzne zwierząt, jak np. mózg, wątroba, nerki (cynaderki), kawior, ryby morskie (sardynki, szproty), oraz mocne rosoły.

Alkohol. Niewiele dotychczas wiadomo o wydzielaniu alkoholu przez schorzałe nerki. Zaleca się w każdym razie usunięcie go z jadłospisu.

Metaloidy i metale. Wiadomem jest, że popiół po spaleniu pokarmu w organizmie może zawierać przewagę metali lub metaloidów. O ile zawiera przewagę metali (wapń, sód, potas, magnez i t. d.) daje

we krwi odczyn zasadowy, t. j. alkaliczny, o ile zawiera przewagę metaloidów (chlor, fosfor, siarka i t. d.) — daje reakcję kwaśną.

Mięso, ryby, jaja, grube kasze, chleb — zawierają przewagę kwasotwórczych czynników, t. j. wnoszą kwasy do krwi, warzywa i owoce — zasady. Dobre działanie warzyw i owoców (szczególnie pomarańcz, winogron, cytryn) przy chorobach nerek przypisywane jest dużej zawartości alkalotwórczych czynników, które neutralizują kwasowość moczu i zwiększają przenikliwość dla wody komórek nerkowych. Sansum, który specjalnie zajmował się sprawą diety alkalizującej, zaleca pomarańcze, cytryny, jabłka, melony, ziemniaki jako jedne z najbardziej alkalotwórczych pokarmów.

Dietetyczne wskazówki dla chorych na zapalenie nerek.

Jedną z najtrudniejszych diet do przeprowadzenia w domu jest dieta przy zapaleniu nerek. Wyjątek stanowią tu sytuacje, gdy zajmuje się przyrządzaniem pożywienia dla chorego inteligentna pielęgniarka. Umie ona nietylko smacznie przyrządzić i estetycznie podać posiłki choremu, ale też wpłynąć na wolę chorego, aby starał się przyzwyczaić do pewnych ograniczeń jak np. małej ilości soli, zmniejszenie ilości białka (mięsa, jaj) i rosołów. Poniżej podaję wskazówki ogólne dla odżywiania chorych na *nephritis* (ew. *nephroso - nephritis*).

I. Pokarmy, które może pacjent spożywać bez ograniczenia:

Warzywa	Owoce	Różne pokarmy
kapusta, selery	jabłka	cukier, miód
marchewka, sałaty	morele	słodycze
kalafjory	winogrona	6 daktyli dziennie
ogórki (nie solone)	cytryny	mąka kartoflana
fasolka szparagowa	pomarańcze	tapioka
pomidory (nie solone)	gruszki	masło
cebula.	śliwki, borówki.	oliwa.

II. Pokarmy, których podane porcje dają przeciętnie po 4 gr. białka:

	Warzywa
1) chleb zwykły ok. 40 gr. lub bułka	1) fasola — 1 łyżka
2) chleb Grahama około 40 gr.	2) ziemniaki — 2 średnie
3) kasza owsiana około 2½ łyżek	3) zielony groszek — 2 łyżki
4) ryż gotowany około 3½ łyżek	4) buraczki gotowane — 6 łyżek
5) manna około 6 łyżek	5) szpinak — 4 łyżki
6) makaron około 6 łyżek	6) kukurydza łuskana 2½ łyżek

III. Pokarmy, których podane porcje dają przeciętnie ok. 8 gr. białka:

1) mleko — 1 szklanka	4) mąka — ⅔ szklanki
2) jajko — 1 sztuka	5) befsztyk mały około 50 gr.
3) jajecznica — 1½ łyżki	6) ryba gotowana około 70 gr.

Lekarz oznacza zwykle dozwoloną ilość dzienną białka.

Dieta uboga w białko przy dość ciężkim stanie zapalnym nerek zawiera około 26—28 gr. białka. Przy tej diecie podajemy zwykle z III grupy jedynie mleko, z II kasze, ziemniaki, ryż, makaron. Mięso, ryby, jaja są wyłączone.

Dieta obfitsza w białko zawiera około 60 gr. białka dziennie. Podajemy wtedy wszystkie pokarmy z III grupy w podanych ilościach oraz pokarmy z II grupy w ten sposób, aby ogólna ilość białka wynosiła najwyżej 60 gramów.

Często na zlecenie lekarza potrawy przyrządza się bez soli, zamiast soli przed podaniem dodajemy sok z cytryny do mięsa *) lub jarzyn takich jak szpinak, marchewka. Niektóre jarzyny jak kalafjor, salcefja możemy przyrządzać z małym dodatkiem cukru, groszek zielony, brukselkę, kapustę włoską gotować w mleku.

Aby przyzwyczaić pacjenta do tak niesmacznych potraw należy dobierać posiłki według jego indywidualnego smaku. A więc np. marchewkę t. zw. kandyzowaną niektórzy chętnie spożywają wraz z ziemniakami-frite bez soli, jarzynową sałatkę — z oliwą i cytryną, ryż najchętniej z jabłkami lub zapiekany ze śliwkami, niektórzy wolą makaron ze śliwkami.

Są pacjenci, którzy wolą smak zawsze raczej kwaskowy niż słodkawy bezsolnych potraw i z tem się należy liczyć.

O ile lekarz przeznacza 3, 4 lub 5 gramów soli dziennie, należy solić podawaną potrawę po ugotowaniu lub też, o ile mamy do czynienia z inteligentnym pacjentem, należy mu odważyć przeznaczoną ilość soli i pozostawić ją przy nim. Dobrze jest, aby pierwsze łyżki potrawy pacjent spożył bez soli, następnie, aby zlekka osolił potrawę, gdyż wtedy, przez kontrast smaku, nie odczuje niedostatecznego osolenia.

Marja Morzkowska
Mg. przyrody i dietetyki

Pielęgniarstwo zagranicą

Pielęgniarstwo Czerwonego Krzyża

W r. 1864 9 państw europejskich podpisało Konwencję Genewską, mającą na celu opiekę nad rannymi w czasie wojny i w ten sposób powstał Czerwony Krzyż. Pielęgniarstwem zrazu zajmowała się wyłącznie służba męska. Było ono od początku istnienia Czerwonego Krzyża uważane za podstawową działalność i nabierało coraz większego znaczenia, jak o tem świadczą sprawozdania narodowych Czerwonych Krzyży i rezolucje na międzynarodowych kongresach.

Część Czerwonych Krzyży prowadzić zaczęła krótkie kursy pielęgniarstwa, gdzie uczono głównie pierwszej pomocy i nieco zabiegów. Inne Cz. Krzyże zorganizowały przy szpitalach szkoły pielęgniarstwa.

---

*) Przy *nephrosis* mięso, jaja i ryby podaje się bez ograniczeń.

Na konferencji w Genewie w 1884 r. Pruski Cz. Krzyż podał w sprawozdaniu zarejestrowanych 600 wyszkolonych pielęgniarek i 120 pielęgniarzy. Ponadto w 35 pruskich miastach istniały drużyny pomocnicze. Cz. Krzyż Badeński wyszkolił na rocznych kursach teoretycznych z praktyką w szpitalu 522 pielęgniarki. Nosiły one mundur Cz. Krzyża, pracowały dla Cz. Krzyża w czasie pokoju, otrzymywały urlopy, opiekę w czasie choroby, a na starość umieszczane były w ognisku.

Austrjackiemu Cz. Krzyżowi rząd powierzył szkolenie pielęgniarek, które odbywało się w 5 miastach. W r. 1884 zarejestrowanych było 1754 pielęgniarek i pielęgniarzy.

Danja prowadziła dokładną selekcję kandydatek na pielęgniarki, które były przyjmowane do pracy w Cz. Krzyżu po ukończeniu pełnego kursu, otrzymywały wówczas pobory i opiekę w czasie choroby. Zarejestrowanych było 50 pielęgniarek.

Węgry posiadały 325 pielęgniarek z ukończonym 6 miesięcznym kursem, po kursie 2 letnim otrzymywały kierownicze stanowiska w Cz. Krzyżu i miały zapewnioną emeryturę na starość.

W Rosji rząd oddał do dyspozycji Cz. Krzyża szpitale wojskowe dla praktycznego szkolenia pielęgniarek. Trzyletnie kursy teoretyczne i praktyczne obowiązywały te pielęgniarki, które chciały następnie pracować w szpitalach wojskowych lub miejskich. Półtoraroczny kurs przygotowywał pielęgniarki na mniej odpowiedzialne stanowiska. Zarówno uczennice, jak i pielęgniarki mieszkały w internatach, kierowanych przez Komitety Pań Cz. Krzyża, które zapewniały im całkowitą opiekę.

Serbja szkoliła swe pielęgniarki w szpitalach, a Szwecja prowadziła 6 miesięczne kursy, które ukończyło 151 pielęgniarek.

Około roku 1902 Ameryka, Niemcy, Japonja i Rosja zażądały od swych pielęgniarek pomocy w czasie klęsk i pracy w czasie pokoju.

Grecja kwestjonowała celowość szkolenia pielęgniarek na krótkich kursach i wypowiadała się za budową szpitali Cz. Krzyża, w których pielęgniarki uczyłyby się pielęgnowania chorych.

Japoński Cz. Krzyż wybudował szpital i szkołę pielęgniarstwa w Tokio i innych większych miastach. Rosyjski Cz. Krzyż w r. 1897 posiadał 4 szpitale, 62 „obszczyny“ z 2812 dobrze wyszkolonemi pielęgniarkami, a krótkie kursy ukończyło 2000 kobiet i mężczyzn.

W Niemczech, gdzie przekonanie ogólne panowało o większej wartości dobrze wyszkolonych zawodowych pielęgniarek nad ochotniczemi — zakładano „Domy macierzyste“, które zazwyczaj łączyły szpital, szkołę i ognisko pielęgniarek. Również prowadził niemiecki Cz. Krzyż pielęgniarstwo wiejskie, położnictwo i kuchnie dietetyczne.

Francja w r. 1899 założyła pierwszą szkołę przy ambulatorjum, z dyplomem niższym i wyższym, zależnie od długości ukończonego kursu.

Włoski i angielski Cz. Krzyż prowadził krótkie kursy dla ochotniczek.

Amerykański Cz. Krzyż rejestrował pielęgniarki z różnych szkół pielęgniarstwa jako rezerwę powoływaną w nagłych wypadkach do pracy w szpitalach wojskowych i marynarki.

Tak więc w czasie wielkiej wojny 1914—1918 nie było ani jednego zawodowego Cz. Krzyża, któryby nie rozporządzał wyszkolonym personelem do pielęgnowania chorych i rannych, a szkolenie i werbowanie pielęgniarek było nadzwyczaj ożywione.

Po ukończeniu wojny zjawiły się przed Cz. Krzyżami nowe zagadnienia poza pielęgnowaniem rannych, a mianowicie: opieka nad uchodźcami, rodzinami żołnierzy, sierotami i ludnością cywilną na terytorjach, zniszczonych przez wojnę. Były to zagadnienia zdrowia społecznego.

Generał Pau, pisząc przy końcu wojny o pielęgniarkach, które współpracowały z armją, powiedział: „Dla wielu z nich, które pracują w szpitalach naszych na obcem terytorjum, kampanja jeszcze się nieprędko skończy. Wiele z nich poświęci się na długie lata, aby pracować na zniszczonych terenach i pielęgnować niezliczone rzesze ofiar wojny".

Po zgiełku i zamieszaniu powojennem Cz. Krzyż musiał podjąć odpowiedzialność opieki nad ludnością cywilną, zdrowiem społecznem, higjeną i profilaktyką, wypełniając w ten sposób program pracy pokojowej. W celu omówienia i opracowania powojennej pracy została zwołana konferencja do Cannes w kwietniu 1919 r. Delegatki zawodu pielęgniarskiego z Ameryki, Włoch, Francji i Anglji opracowały zalecenia, których wykonanie zostało powierzone Wydziałowi pielęgniarstwa Ligi Cz. Krzyży. Podkreślając „konieczność odpowiedniego wyszkolenia pielęgniarek, aby mogły wykonać swe prace na różnych polach działalności" — zalecenia wskazują na 5 najważniejszych punktów:

1) że konieczną jest współpraca pielęgniarek w dziale zdrowia społecznego;
2) że w krajach, gdzie niema wyszkolonych pielęgniarek szpitalnych i społecznych, Cz. Krzyż winien zakładać szkoły pielęgniarstwa;
3) że powinny być przewidziane możliwości uzupełniania zawodowych wiadomości dla dyplomowanych pielęgniarek, aby w przyszłości mogły obejmować kierownicze stanowiska;
4) że stypendja na wyższe studja dla pielęgniarek winny być ufundowane;
5) że w programach szkół winno być szeroko uzgodnione przygotowanie pielęgniarek społecznych, a nawet specjalne szkoły winny być prowadzone dla pielęgniarek społecznych.

Większość narodowych Stow. Czerwonych Krzyży, z pośród 57, które przystąpiły do Ligi Cz. Krzyży, dostosowały programy pielęgniarstwa do tej nowej znacznie rozszerzonej pokojowej działalności i podjęły szkolenie pielęgniarek społecznych. Działalność Wydziału Pielęgniarstwa Ligi Cz. Krzyży poszła przedewszystkiem w dwóch kierunkach, t. j.: pomocy Stow. Cz. Krzyży w wypełnianiu programu pielęgniarstwa i zorganizowaniu wyższych studjów dla pielęgniarek.

Dlatego to w r. 1924 zostały zaproszone pielęgniarki z różnych krajów oraz delegatki międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej i w następnym roku odbył się Zjazd Komisji Pielęgniarstwa, która opracowała szereg zaleceń, zaakceptowanych następnie przez Zarząd Ligi i Międz. Konferencję Cz. Krzyża, a które to zalecenia stały się programem pracy na najbliższe lata dla Wydziału Pielęgn. Ligi Cz. Krzyży. Zalecały one rozszerzenie działalności pielęgniarstwa Czerwonego Krzyża i dostosowanie programów szkół pielęgniarstwa do najwyższego zawodowego poziomu.

Stow. Czerwonych Krzyży, uznając, że pielęgniarstwo musi się opierać na podstawowem dobrem szkoleniu, uważały za jeden z najżywotniejszych problemów i zadań swej działalności zakładanie szkół pielęgniarstwa, których program odpowiadałby wymaganiom państwowego egzaminu.

Długość kursów w szkołach waha się w różnych krajach od 2—3 lat, a często w szkołach z 2-letnim programem trzeci rok poświęcony jest pielęgniarstwu społecznemu. Ukończenie szkoły średniej jest najczęściej warunkiem przyjęcia, szkoły zazwyczaj są połączone z jednym lub więcej szpitalami, ośrodkiem zdrowia i przychodnią, a praktyka obejmuje pielęgnowanie kobiet i mężczyzn na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych, położniczych i dziecięcych. Teorja jest wykładana przez lekarzy i pielęgniarki, a praktyka odbywa się pod dozorem instruktorek. Coraz szerzej też uwzględniane jest w programach szkół pielęgniarstwo społeczne, ponieważ staje się ono jedną z najbardziej żywotnych gałęzi działalności Czerwonych Krzyży.

Przeważnie instruktorki w szkołach są opłacane tak jak nauczycielki w szkołach średnich. W niektórych krajach, zwłaszcza tam, gdzie istnieją „Domy Macierzyste", pielęgniarki mają zabezpieczoną emeryturę. Naogół jednak Czerw. Krzyże nie wypłacają emerytur pielęgniarkom, gdyż prawie wszędzie istnieją ubezpieczenia społeczne. Natomiast Czerw. Krzyże utrzymują letniska i domy wypoczynkowe dla swych pielęgniarek.

W Ameryce Łacińskiej, gdzie przed 1864 r. nie istniało pielęgniarstwo świeckie, a i obecnie rozwój postępuje powoli, są prowadzone doskonałe kursy dla ochotniczek, które następnie pracują w instytucjach Cz. Krzyża, lecz szkoły pielęgniarstwa nie osiągnęły jeszcze przyjętego ogólnie poziomu. W Anglji i jej dominjach, za wyjątkiem Kanady, szkoły pielęgniarstwa są prowadzone przez państwo lub przez prywatne osoby, a działalność Cz. Krzyża poszła głównie w kierunku szkolenia ochotniczek na potrzeby kraju w razie klęsk i wojny. W Kanadzie doskonale jest postawione pielęgniarstwo społeczne, a liczba pielęgniarek rezerwy dosięga 50.000.

W Albanji z pomocą Ligi Cz. Krzyży i francuskich pielęgniarek prowadzona jest szkoła pielęgniarstwa, która ma wszelkie dane, aby stać się zupełnie nowocześnie postawioną szkołą. Niderlandzki Czerwony Krzyż posiada jedną szkołę w Hadze. W Estonji i na Litwie zamierzają ją również otworzyć. Islandzki i Luxemburski Cz. Krzyż prowadzą pielęgniarstwo społeczne, nie posiadają szkół, a pielęgniarki kończą nauki poza granicami kraju. W Indjach Cz. Krzyż prowadzi intensywnie opiekę nad matką i dzieckiem. Belgijski Cz. Krzyż prowadzi wzorowo rejestrację wszystkich pielęgniarek, kończących szkoły oraz ochotniczek, które przechodzą specjalne kursy. Również Rumunja szkoli i rejestruje ochotniczki. W wielu krajach Europy i Dalekiego Wschodu Czerwony Krzyż przyczynia się wybitnie do szkolenia pielęgniarek, rozwoju higjeny zapobiegawczej i zajmuje przodujące miejsce w rozwoju pielęgniarstwa. (Załączona karta przedstawia szczegółowo działalność poszczególnych Czerwonych Krzyży).

Przyjęte rezolucje na VIII Międzynarodowej Konferencji Czerwonego Krzyża wyrażają konieczność istnienia w każdym Cz. Krzyżu Wydziału Pielęgniarstwa pod kierunkiem pielęgniarki, który to Wydział z pomocą Doradczej Komisji pielęgniarstwa byłby odpowiedzialny za wszystkie sprawy pielęgniarstwa, t. j. szkolenie ochotniczek, rejestrację, zakładanie szkół pielęgniarstwa, kursy specjalizacji, pielęgniarstwo społeczne, prywatne i domowe, warunki pracy pielęgniarek (godziny pracy, ubezpieczenia).

Na XIV Konferencji Czerw. Krzyży z uwagi na specjalne znaczenie i rozwój pielęgniarstwa Cz. Krzyża, została utworzona oddzielna komisja,

która uchwaliła przyjąć jako podstawę przy zakładaniu i prowadzeniu szkół — program opracowany przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek.

Ostatnie lata zaświadczyły o wielkim postępie pielęgniarstwa Cz. Krzyża, jak o tem świadczy sesja poświęcona specjalnie pielęgniarstwu Cz. Krzyża na Międzynarodowym Kongresie w Montrealu w r. 1929 i oddzielna Komisja pielęgniarska na Konferencji w Brukseli w 1930 r. Zawdzięczamy te oba fakty następującym czynnikom: szerokiemu światopoglądowi i twórczej pracy Doradczej Komisji Pielęgniarstwa przy Lidze Cz. Krzyży; stałemu rozwojowi pielęgniarstwa Cz. Krzyża, opartemu na mocnych podstawach zawodowego szkolenia; poparciu i pomocy Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża.

Instytucja Czerw. Krzyża powstała w 4 lata po założeniu pierwszej zawodowej szkoły pielęgniarstwa przez Florencję Nightingale, a jednak posiada tradycję tak prawie dawną, jak nowoczesne pielęgniarstwo, zawsze dążącą do najwyższych ideałów, jako jedynych odpowiadających celom i zadaniom Czerwonego Krzyża.

Edith H. Smith
tłom. J. S.

Kronika pielęgniarska

SPRAWOZDANIE Z WALNEGO ZEBRANIA STOWARZYSZENIA ABSOLWENTEK UNIWERSYTECKIEJ SZKOŁY PIEL. I HIGJENISTEK W KRAKOWIE

W dniu 8 maja 1932 odbyło się doroczne Walne Zebranie Stowarzyszenia w Sali Wykładowej Uniw. Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek, przy obecności 33-ch członkiń, w tem czterech, które przybyły z poza Krakowa specjalnie na zebranie. Przewodniczyła p. Rydlówna, jako Przewodnicząca Stowarzyszenia.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu, p. Rydlówna przedstawiła sprawozdanie za rok ubiegły, t. j. od dnia ostatniego Walnego Zebrania 8 lutego 1931. W czasie tym odbyło się ogółem 7 zebrań, gdyż od wakacyj zebrania są tylko co dwa miesiące. Przyjęto 33 nowe członkinie z pośród absolwentek VI. i VII. Kursu. W zastępstwie Skarbniczki p. Marji Starowieyskiej, przedstawiła p. Rydlówna sprawozdanie kasowe, które przyjęto.

Następny punkt porządku dziennego, t. j. uchwalenie koniecznych zmian statutu spadł z porządku, gdyż statut wymaga do takich uchwał obecności przynajmniej połowy członków Stowarzyszenia. Ponieważ około 50% członkiń mieszka daleko poza Krakowem, niemożliwem jest nigdy tak wielkiej liczby ich zebrać na posiedzenie, wobec czego uchwalono zasięgnąć porady adwokata, jak możnaby tem punkt statutu zmienić.

Przystąpiono do wyborów. Stosownie do statutu, z ogólnej liczby 6 członkiń Zarządu, każdego roku ustępuje 3. W tym roku przyszła kolej na p. Rydlównę (przewodn.), p. Kulczyńską (sekretarkę) i p. Starowieyską (skarbniczkę). Zgłoszono 10 nazwisk na listę kandydatek, jednakże ustępujące członkinie otrzymały ponownie przewagę głosów, weszły więc znów do Zarządu.

P. Rydlówna zawiadomiła zebranie, że p. Starowieyska ofiarowuje Stowarzyszeniu większą ilość książek na zapoczątkowanie własnej bibljoteki, w czem około 80 szt. samych beletrystycznych. Stawia jednakże warunek, że Stowarzyszenie zobowiąże się, aby dalsze książki wcielano do bibljoteki jedynie za aprobatą Przewodniczącej Stowarzyszenia wraz z Prezydentką Szkolnego Stowarzyszenia Dzieci Marji, co zebrane

po dłuższej dyskusji przyjmują, uchwalając zarazem przesłać podziękowanie p. Starowieyskiej za jej dar. Uchwalają również zakupić szafę bibljoteczną z majątku Stowarzyszenia, przyczem p. Rydlówna godzi się, aby ją ustawić na razie w Saloniku Instruktorek w Szkole.

P. Rydlówna proponuje, aby wobec niepewnej konjunktury ekonomicznej w kraju, zabezpieczyć wolną gotówkę Stowarzyszenia np. przez zakupno jakiejś małej parceli na korzystnych warunkach na obwodzie Krakowa, w stronie, w którą miasto się rozszerza. Parcelę taką możnaby na razie wydzierżawić np. na skład lub t. p., a później sprzedać w razie potrzeby. Wywiązuje się długa i ożywiona dyskusja, po której jednogłośnie wniosek uchwalono, wyznaczając przytem komisję złożoną z 6 osób do pomocy i dzielenia odpowiedzialności z Zarządem. Komisję tę wraz z Zarządem upoważniono do ewentualnego zakupna parceli bez zwoływania osobnego zebrania.

Przystąpiono następnie do uporządkowania sprawy opłat za pielęgnowanie prywatne i po dyskusji ustalono ceny maksymalne, jakich można żądać: 1) za dobę pielęgnowania krótkotrwałego ciężej chorego, z utrzymaniem. 2) za 1 nocny dyżur przy ciężko chorych, bez utrzymania; 3) płacę miesięczną przy dłuższem pielęgnowaniu z umową miesięczną; 4) opłaty za pomniejsze zabiegi jak: toaleta poranna, wieczorna, postawienie baniek, zastrzyk i t. p. Ceny te mają odtąd obowiązywać wszystkie Stowarzyszone, o czem uchwalono je zawiadomić.

Na zakończenie wzywa p. Rydlówna wszystkie Stowarzyszone, aby zapisały się do rezerwy Sióstr P. C. K., o ile tego dotąd nie uczyniły. P. Dudzińska nawołuje członkinie, aby starannie zgłaszały do Sekretarki zmiany adresów.

Na tem zebranie zamknięto.

Należy zaznaczyć, że w roku sprawozdawczym rozesłano członkiniom zamiejscowym dwukrotnie sprawozdania półroczne z działalności Stowarzyszenia, celem utrzymania z niemi kontaktu.

Teresa Kulczyńska,
Sekretarka Stowarzyszenia.

WALNY ZJAZD ZRZESZENIA SS. P. C. K.

W dniach 8 i 9 maja 1932 r. odbył się VIII. W. Zjazd Zrzeszenia SS. P. C. K. połączony z poświęceniem lokalu własnego przy ul. Gen. Zajączka 7 na Żoliborzu. Poświęcenia dokonał ks. J. Skorel, kapelan W. P. Lokal Zrzeszenia SS. składa się z 8 pokojów, kuchni i 2 łazienek. Został on nabyty na własność w spółdzielni mieszkaniowej za kapitał, który powstał ze składek SS. P. C. Krzyża.

Lokal ten, który mieści biuro Zarządu Zrzeszenia SS. jest ogniskiem Sióstr mieszkających w Warszawie, dla przyjezdnych zaś są stale utrzymywane pokoje gościnne, w których opłata za mieszkanie i całkowite utrzymanie wynosi 3 zł. dziennie.

W roku bieżącym zostały przeprowadzone wybory, które dały wyniki następujące: przewodnicząca: gen. Antonina Kołłątaj-Srzednicka, vice-przewodnicząca: płk. Eugenja Starzewska, vice-przewodnicząca: s. Michalina Koźmińska, skarbniczka: s. Władysława Wardzyńska, sekretarka: s. Bronisława Karpowiczówna.

UROCZYSTOŚĆ ROZDANIA DYPLOMÓW ABSOLWENTKOM SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA P. C. K. W WARSZAWIE.

Dnia 26 czerwca b. r. odbyło się wręczenie dyplomów absolwentkom Szkoły P. C. K. w Warszawie, w sali Państwowej Szkoły Higjeny.

Po zagajeniu zebrania przez dr. Wroczyńskiego. sprawozdanie ze Szkoły za czas od 1. IV. 1931 — 31. III. 1932 odczytała p. H. Nagórska, Dyrektorka Szkoły:

W maju ubiegłego roku 31 Absolwentek ukończyło Szkołę, z których 27 złożyło egzamin państwowy. Wszystkie one otrzymały posady:

Jako instruktorki w Szkole Pielęgniarstwa P. C. K. .	4
Jako instruk. szkolne w szpit. Gł. P. C. K. . . .	6
W Szpitalu Ujazdowskim	6
W Szpitalu Wojskowym w Łodzi	5
W Szpitalu Wojskowym w Przemyślu	7
W Szpitalu Wojskowym w Wilnie	1
W Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego . .	2
	31

Wszystkie Absolwentki przed objęciem posady zostały poddane komisyjnemu badaniu lekarskiemu, które wykazało, że wszystkie zdolne są do podjęcia pracy pielęgniarskiej. Dobry stan ich zdrowia z chwilą ukończenia Szkoły, zawdzięczamy troskliwej opiece naszego lekarza szkolnego p. Doktór Zabawskiej-Domosławskiej, za którą to opiekę serdecznie dziękujemy.

Rok sprawozdawczy, t. j. od 1/IV. 1931 r. do 31/III. 1932 r. był okresem dalszego rozwoju Szkoły w kierunku uzupełnienia programu nauk oraz rozszerzenia praktyki.

Zarząd Główny P. C. K. uznając, że 2 letni okres szkolenia Słuchaczek jest zbyt krótki, aby mogły odbyć przewidzianą w programie praktykę, przedłużył okres trwania nauki o 4 miesiące, z czego teorję powiększono o 2 tygodnie, praktykę — o 3 i pół miesiąca. Obecnie teorja trwa 28 tygodni, praktyka 84 tygodnie. Przez przedłużenie kursu i przez dłuższy pobyt Słuchaczek w Szkole odnosimy następujące korzyści:

1) Podniosła się przeciętna liczba Słuchaczek w Szkole. I tak w roku sprawozdawczym wyniosła ona przeciętnie 85, gdy w latach ubiegłych dosięgała zaledwie 48.

2) Obniżył się przeciętny koszt żywienia i szkolenia słuchaczki i z 292 zł. roku zeszłego spadł do 171.51 zł. miesięcznie, koszt roczny szkolenia słuchaczki wyniósł 2.058.12 zł.

3) Zwiększyły się dochody Szkoły z opłat Słuchaczek, a mianowicie w roku 1929 dochody Szkoły stanowiły 6% ogólnych wydatków, w roku 1930 dochody Szkoły stanowiły 19% ogólnych wydatków, w roku 1931 dochody Szkoły wyniosły 26% ogólnych wydatków. W roku bieżącym preliminowane dochody Szkoły pokrywają w 40% sumy preliminowanych wydatków.

W roku sprawozdawczym dochody Szkoły były następujące:

Saldo na dzień 1/IV. 31 r.		4.764·38 Zł.
Zarząd Główny P. C. K. wpłacił		120.015·00 „
Min. Pracy i Opieki		10.000·00 „
Dochody Szkoły		
Opłata Słuchaczek . . .	43.277·50 Zł.	
Umundurowanie	4.590·00 „	
Wpisowe	5.650·00 „	
Ogółem	53.517·50 Zł.	53.517·50 Zł.
Ogółem		188.296·88 Zł.
Wydatki na prowadzenie szkoły		183.532.88 Zł.
Wydatki na dodatkowe urządzenie Szkoły z powodu rozbudowy		4.764·00 „
Ogółem		188.296·88 Zł.

Liczba dni Słuchaczek w Szkole wyniosła 30,699.

Przeciętny koszt żywienia i szkolenia jednej Słuchaczki w ciągu mies. 171.51 zł. co rocznie wynosi 2.058.12 zł.

Przeciętna liczba osób w Szkole 108,5.
Przeciętny koszt żywienia jednej osoby dziennie 1.92 zł.

PRAKTYKA SŁUCHACZEK.

W Szpitalu Głównym P. C. K. Słuchaczki praktykowały:

Na Oddziale Chirurgicznym	5,279	
Na Oddziale Ginekologicznym . . .	3,786	
Na Oddziale Wewnętrznym	3,852	
Na Sali Operacyjnej	874	
Na Sali Opatrunkowej	427	
W Administracji	230	
Ogółem	14,448	14.448

W innych Szpitalach Słuchaczki przepracowały:

Na Oddziale Położniczym w Szpit. Ujazd. .	1,259	
Na Oddziale Dziecięcym w Szpit. im. Karola i Marji	1,126	
Na Pracy Społecz. w I-ym Ośrodku Zdrowia .	2,058	
W Ambul. Ocznem w Przychodni lekarskiej .	303	
W Ambul. Chirurg.	256	
Ogółem	5,002	5,002
	Ogółem	19,450

Przeciętna liczba Słuchaczek, pracujących w Szpitalu dziennie wynosiła 53,3, w tem:

Na Oddziale Chirurgicznym	14,5
Na Oddziale Ginekologicznym	10,5
Na Oddziale Wewnętrznym	10,5
Na Oddziale Położniczym	3,5
Na Oddziale Dziecięcym	3,0
Na Pracy Społecznej	5,6
W Ambulatorjum Ocznem	0,8
W Ambulatorjum Chirurgicznem	0,7
Na Sali Operacyjnej	2,4
Na Sali Opatrunkowej	1,2
W Administracji	0,6
Ogółem	53,3

W ciągu 10 miesięcy Słuchaczki przepracowały w klasie 8,528 dni, przy przeciętnej liczbie Słuchaczek 27.

Liczba godzin wykładów 6 teoryj wyniosła 1.792, tygodniowo przeciętnie 42 godz., dziennie 7 godzin. W miesiącach październiku i listopadzie były prowadzone jednocześnie 2 teorje, z tego powodu liczba godzin wykładów jest dość wysoka.

Liczba Słuchaczek przebywających w Szkole w dniu 31/III. 1931 r. — 97.

Klasa kończąca nauki	semestr 4 . . .	17
	semestr 3 . . .	20
	semestr 2 . . .	14
	semestr 1 . . .	33
	Probantki . . .	23
	Ogółem	97

W celu lepszego nadzoru nad Słuchaczkami została powiększona liczba instruktorek, których jest obecnie 5, a więc personel Szkoły wraz z Dyrektorką, jej asystentką i instruktorkami wynosi 7 osób.

Klasy przyjęte w ciągu roku sprawozdawczego przedstawiały się następująco:

W paździer. 31 r.	przyjęto 28 Słuch.,	przeciętny wiek 22·2,	przeciętne wykształ. 7·7 kl.
w lutym b. r.	„ 24 „	„ „ 21·4,	„ „ 7 „
	przyjęto 52 Słuch.,	przeciętny wiek 21·8,	przeciętne wykształ. 7·3 kl.
w ciągu roku	„ 2 „		
Ogółem	przyjęto 54 Słuch.		

W ciągu roku opuściło Szkołę 19 Słuchaczek z powodów następujących:

z powodu zdrowia	3
na własne żądanie	6
nie nadawały się do pracy . .	10
	19

W dniu 1/IV. 31 r. przebywało w Szkole Słuchaczek	93.
Przybyło w ciągu roku . . . . . . -	54.
Ogółem	147.
Opuściło Szkołę Słuchaczek	19
Ukończyło Szkołę	31
Ogółem	50

W dniu 1/IV. 1932 r. przebywało w Szkole Słuchaczek 97.

Liczba osób żądających informacyj wynosi 462.

Liczba złożonych podań o przyjęcie była 112, z których przyjęto do Szkoły 52 Słuchaczki.

Liczba dni zachorowań Słuchaczek wyniosła 321, co stanowi 1,13% przepracowanych dni Słuchaczek w Szkole.

Tak niski procent zachorowań wykazuje naogół dobry stan zdrowia uczennic, które znajdują się stale pod troskliwą opieką lekarza szkolnego. Zwrócona jest również uwaga na fizyczny rozwój Słuchaczek i w tym celu mają urządzone gry w ogrodzie P. C. K. jak siatkówkę, oraz dzięki uprzejmości personelu Szpitala P. C. K. korzystać mogą z placu tennisowego.

Rada Szkolna w ciągu roku sprawozdawczego odbyła 11 posiedzeń. W ciągu całego czasu otaczała Szkołę troskliwą opieką, wspomagając Dyrektorkę we wszystkich trudniejszych zagadnieniach Szkoły.

Zapewniono praktykę Słuchaczkom na następujących Oddziałach:
Na Oddziale Chirurgicznym.
Na Oddziale Ginekologicznym.
Na Oddziale Wewnętrznym.
Na Oddziale Dziecięcym.
Na Oddziale Położniczym.
Na Sali Opatrunkowej.
Na Sali Operacyjnej.
W Ambulatorjum Chirurgicznem.
W Ambulatorjum Ocznem.
W Administracji Szpitala.

Pracę Społeczną w I-szym Ośrodku Zdrowia na Mokotowie.

Nie poprzestając na wynikach już otrzymanych, Szkoła stale dążyć musi do ciągłego ulepszania systemów nauki i rozszerzania pola pracy dla praktyki Słuchaczek.

DYPLOMY W DNIU 26. VI. 1932 R. OTRZYMAŁY

1. Jakubicka Marja
2. Janowska
3. Lenczowska Janina
4. Matyśkiewiczówna Helena
5. Potapówna Alina
6. Woźniakówna Eugenja
7. Czupiderówna Helena
8. Szulc Aleksandra
9. Guntówna Marja
10. Miłkowska Antonina
11. Moczarska Eugenja
12. Pietrzakówna Stefanja
13. Rojewska Feliksa
14. Soroczyńska Barbara
15. Zalewska Halina
16. Zelawska Janina.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNŚCI SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA PRZY SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE ZA ROK 1931/32

odczytane przez Dyrektorkę Szkoły p. Sabinę Szyndlerównę na Walnem Zebraniu Towarzystwa Popierania Szkoły Pielęgniarstwa dnia 19-go czerwca 1932 r.

Zamierzenia i plany, jakie sobie Szkoła w ubiegłym roku zakreśliła na rok sprawozdawczy ulec musiały pewnym zmianom, z powodu zmniejszenia się wpływów Szkoły.

Dążeniem Szkoły dotychczas było powiększenie liczby słuchaczek do 100, aby w ten sposób obniżyć koszt szkolenia pojedyńczej słuchaczki.

W roku sprawozdawczym subsydja miejskie i państwowe, na których Szkoła w pierwszym rzędzie opiera swój byt, uległy poważnej redukcji. Licząc się z wytworzonemi warunkami, Szkoła zmuszona była zmniejszyć liczbę słuchaczek do 70, aby dostosować swe wydatki do przewidzianych wpływów.

Odchylenie od powziętego planu uważamy jednak tylko jako czasowe wyjście z ciężkiej sytuacji materjalnej i w razie poprawy warunków zamierzamy iść dalej drogą racjonalnego rozwoju.

W roku sprawozdawczym przyjęty został tylko jeden zespół słuchaczek, XV-ty z rzędu, dnia 10-go stycznia 1932 r. Zgłoszeń do tego zespołu wpłynęło 120 — podań uwzględniono 67. ostatecznie zakwalifikowano na okres próbny 25 kandydatek. Przeciętny wiek przyjętych wynosił 20,2, cenzus — 7 kl. gimnazjalnych.

W ciągu roku sprawozdawczego opuściło Szkołę 15 słuchaczek: 10 z powodu nieprzydatności, 2 na własne żądanie, 1 z powodu złego stanu zdrowia, 2 z powodu warunków materjalnych.

W czerwcu i styczniu roku sprawozdawczego ukończył Szkołę X. i XI-ty zespół słuchaczek w liczbie 34 (po 17 w każdym zespole).

Wykłady teoretyczne. Z powodu przesunięcia terminu przyjęcia słuchaczek w roku sprawozdawczym z września na styczeń, wykłady okresu przygotowawczego odbywały się od stycznia do maja zamiast od września do stycznia. Wykłady dla pozostałych słuchaczek odbywały się w ciągu całego roku za wyjątkiem lipca i sierpnia.

Liczba godzin wykładowych wynosiła 1373. Pokazów klinicznych na różnych oddziałach odbyło się 25. Wobec braku podręczników dla Szkół Pielęgniarstwa, słuchaczki zmuszone były dotychczas notować wykłady. W roku sprawozdawczym Szkoła ułatwiła słuchaczkom naukę przez opracowanie skryptów, dając im możność czas zaoszczędzony przy pisaniu notatek poświęcić na czytanie dzieł naukowych. Opracowano i wydano skrypty z następujących przedmiotów:

1) Anatomję i Fizjologję — Dr. Płońskiera.
2) Chemję stosowaną — Dr. Fliederbauma,
3) Choroby wewnętrzne — Dr. Gleichgewichta.
4) Dietę w chorobie — Dr. Landaua.
5) Farmakologję I. i II. część — Dr. Mitza.

Bibljotekę naukową powiększono z 450 do 482 tomów. Wycieczek do różnych instytucyj naukowych i społecznych odbyto 14.

Liczba instruktorek łącznie z wice-dyrektorką i dyrektorką wynosiła 6, razem z instruktorkami szpitalnemi — 9.

W roku sprawozdawczym zmieniono kilku wykładowców, a mianowicie: Dr. Rozenberg wykładał chemję stosowaną, Dr. Fejgin — choroby zakaźne i patologję, Dr. Markusfeld — choroby skórne i weneryczne, Dr. Bogdanowicz — pedjatrję, Dr. Nowakowski — higjenę publiczną, Dr. Wąsowicz — gruźlicę.

Zajęcia praktyczne były planowane z punktu widzenia możliwie największych korzyści dla słuchaczek.

Słuchaczki przepracowały 23.538 dni przy przeciętnej dziennej liczbie słuchaczek 65,45.

z tego w klasie	3047	dni	słuchaczek	8,46	dziennie
na oddz chirurg.	3942	„	„	10,95	„
„ sali operac.	648	„	„	1,8	„
„ „ opatrunk	820	„	„	2,27	„
„ oddz. wewnętrz.	4472	„	„	12,4	„
„ „ położnicz.	2420	„	„	6,7	„
„ sali niemowląt	2165	„	„	6	„
„ oddz. neurolog.	2815	„	„	8	„
„ Fizjoterapji	475	„	„	1,3	„
„ K. Mlecznej	362	„	„	1	„
„ na oddz. ocznym	419	„	„	1,16	„
„ Administracja	428	„	„	1,18	„
„ Ośrodek Zdrowia	1525	„	„	4,23	„
razem	23538	dni		65,45	słuchaczek

Dzięki pomocy Amerykańskiego Komitetu Rozdzielczego (Jointu) udało nam się wysłać 2 absolwentki na studja uzupełniające zagranicę. Jedna z nich, p. Dora Blattmanówna wyjechała do Francji na przeciąg 6-ciu miesięcy dla dokształcenia się w pielęgniarstwie społecznem, druga, p. Nina Najdiczówna — na 2 miesiące do Wiednia dla zaznajomienia się z metodami techniki operacyjnej. Obie te absolwentki pracują obecnie ku naszemu zupełnemu zadowoleniu na powierzonych sobie placówkach.

Dla uzupełnienia słuchaczkom wszystkich działów objętych programem, Szkoła dążyła do uzyskania jako terenu praktyki, działu higjeny szkolnej, szpitala dziecięcego oraz kuchni dietetycznej. Wysiłki Szkoły w celu otrzymania etatu dla higjenistki szkolnej zostały w tym roku zrealizowane. Od września jedna z absolwentek Szkoły, p. Felicja Cwernerówna zostaje zaangażowana przez Wydział Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy i pełnić będzie obowiązki instruktorki - higjenistki szkolnej. Starania nasze w kierunku uzyskania pozwolenia na praktykę słuchaczek w szpitalu dziecięcym im. Karola i Marji oraz klinice Prof. Michałowicza nie dały pozytywnych rezultatów.

Wobec wyrażonej zgody Dyrektora Szpitala na zorganizowanie kuchni dietetycznej przy kuchni ogólnej w szpitalu, zwróciliśmy się do przedstawicielki Fundacji Rockefellera z prośbą o przyznanie nam jednego stypendjum na kurs dietetyki w Ameryce. P. Beard, kierowniczka działu pielęgniarstwa przy Fundacji Rockefellera w Ameryce, podczas zwiedzania Szkoły przyrzekła wystarać się o jedno stypendjum, uzależniając otrzymanie go od poparcia naszej prośby przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia).

Stan zdrowotny słuchaczek. Liczba dni choroby w roku sprawozdawczym wynosiła 497. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba dni choroby spadła o 35%.

Powodem spadku liczby dni choroby jest mniejsze skupienie słuchaczek w internacie. Słuchaczki chorowały przeważnie na anginy i grypy, jedna słuchaczka poddała się operacji wyrostka robaczkowego. Badania lekarskie okresowe odbyły się dla zespołu XII i XIII-go. Wyniki badań były zadowalające.

Wpływy i wydatki Szkoły na rok 1931/32. Preliminarz na rok 1931/32 wynosił złotych 187.343.00. Wobec zmniejszonych wpływów wydaliśmy tylko złotych 156,269.03, ograniczając potrzeby Szkoły do minimum.

Wpływy w ciągu roku sprawozdawczego były następujące:

Od Magistratu m. st. Warszawy	37,000.00	zł.
Od Dep. Służby Zdrowia	24,500.00	„
Od słuchaczek za utrzymanie	68,086.50	„
Wpisowe	1,440.00	„
Odsetki za zwłokę	7.00	„
Od T-wa Popierania Szkoły Pielęgn . . .	2,000.00	„
	133,033.50	zł.
Saldo z ubiegłego roku	570.42	„
Ogólna suma wpływów	133,603.92	zł.

Na pokrycie deficytu otrzymaliśmy od Amerykańskiego Komitetu Rozdzielczego złotych 24,864.00.

Przeciętny koszt szkolenia słuchaczki wynosił miesięcznie złotych 193.48. W porównaniu z rokiem ubiegłym o zł. 9.48 miesięcznie więcej z powodu mniejszej liczby słuchaczek w szkole. Przeciętna liczba osób (uczennice i personel) pozostających na utrzymaniu Szkoły wynosiła 98. Koszt utrzymania jednej osoby wynosił zł. 48.65 miesięcznie, t. j. zł. 1,60 dziennie,

Na rok 1932/33 preliminowano złotych 181,026.00, rozdzielonych następująco:

Osobowe	58,454.–	złotych
Lokal	31,894.—	„
Pranie	2,422.—	„
Kancelarja	2,100.—	„
Inwentarz	3,200.—	„
Żywność	69,876.—	„
Koszty nauczania	11.180.—	„
Pomoc lekarska	1,500.—	„
Drobne wydatki	400.—	„
	181.026.—	

Zamierzenia Szkoły na przyszłość idą w kierunku uzupełnienia niezbędnych działów praktyki, zdobycia trwałych podstaw materjalnych oraz wybudowania własnego gmachu.

Szkic wraz z kosztorysem przyszłego gmachu wysłany został do Amerykańskiego Komitetu Rozdzielczego z prośbą o pomoc finansową. Dr. B. Kahn, Dyrektor Amerykańskiego Komitetu Rozdzielczego, mimo przychylnego stosunku do Szkoły, narazie prośby naszej, z powodu panującego w Stanach Zjednoczonych kryzysu, nie może uwzględnić.

Absolwentki. Szkołę ukończyło od początku jej istnienia 145 absolwentek.

Absolwentki pracują na następujących placówkach:

Warszawa:

w Szkole	8
w Szpitalu Starozakonnych	62
w Zakładzie dla Opuszczonych Dzieci	12

w Szpitalu dla dzieci im. Baumanów i Bersonów . .	8
w zakładach prywatnych	6
w żłobkach	1
na kolonjach	2
w zakładzie dla umysłowo chorych w Tworkach . .	1
w Ośrodkach Zdrowia	3
w Poradniach	5
w Sanatorjach	2
Prowincja:	
Zakłady prywatne	2
Szpital	1
Żłobki	1
Ośrodki Zdrowia	2
Zagranicą pracuje	3
Prywatne pielęgniarstwo	17
Nie pracuje	8
Zmarła	1
razem	145

Do roku sprawozdawczego absolwentki Szkoły, pracujące na terenie Szpitala Starozakonnych, na zasadzie umowy między Szkołą a Szpitalem, pozostawały pod zwierzchnictwem Szkoły. Miało to na celu ugruntowanie zasad racjonalnego pielęgnowania chorych w szpitalu. Obowiązek nadzoru Szkoła wzięła na siebie z konieczności, nie chcąc dopuścić, aby jej praca nad podniesieniem pielęgniarstwa poszła na marne. Sytuacja taka mogła się wytworzyć dlatego, że funkcyj nadzorczych nad pielęgniarkami w szpitalu nie pełniła pielęgniarka dyplomowana. W miarę zwiększania się liczby absolwentek w szpitalu, obowiązki i odpowiedzialność Szkoły za pracę absolwentek wzrastały i stały się wkońcu niewykonalne z powodu szczupłej liczby personelu szkolnego. Wtedy to Szkoła wystąpiła z projektem ustanowienia etatu przełożonej pielęgniarek, któraby objęła dział pielęgniarski w całym szpitalu, zwalniając Szkołę od obowiązków nie wchodzących w zakres jej działania.

W maju 1931 r. zaangażowana została na wyżej wspomniane stanowisko absolwentka Szkoły, p. G. Szapirówna; w styczniu 1932 r. dodano jej asystentkę p. E. Epsztejnównę.

W roku sprawozdawczym zainicjowane zostały 2 nowe działy pracy pielęgniarskiej, a mianowicie dział pielęgniarstwa prywatnego i dział pielęgnowania umysłowo chorych.

Z braku posad stałych, a równocześnie z wzrostem popytu na wykwalifikowane pielęgniarki do chorych w domach prywatnych i klinikach, zaczęłyśmy kierować absolwentki na praktykę prywatną. Dziś dział ten, ujęty w odpowiedni regulamin, funkcjonuje sprawnie przy Związku Absolwentek Szkoły.

Wobec zaoferowania nam posad dla absolwentek przez Zarząd Zakładu dla umysłowo chorych „Zofjówki" w Otwocku oraz prywatnego Zakładu w Pruszkowie, powstała myśl dokształcania w pielęgniarstwie psychjatrycznem tych absolwentek, które mają zamiłowanie do tej gałęzi pracy. Dzięki wstawieniu się B. P. Dra Flataua, Dr Łuniewski, Dyrektor Szpitala w Tworkach, przyjął na wyszkolenie do swego Zakładu P. Borensztejnównę, absolwentkę Szkoły, na przeciąg 3 miesięcy. Obecnie P. Borensztejnówna pracuje w Zofjówce ku wielkiemu zadowoleniu swych przełożonych. Zarząd Zofjówki, oceniając w całej pełni pracę inteligentnej, wyszkolonej pielęgniarki zaofiarował posadę drugiej pielęgniarce z dniem 1-go sierpnia 1932 roku.

Mimo ciężkich przeżyć w związku z kryzysem, Szkoła wytrwale prowadziła swoją działalność, a to dzięki poparciu moralnemu, opiece i trosce o jej byt Zarządu T-wa Popierania Szkoły Pielęgniarstwa, pomocy materjalnej Magistratu m. stoł. Warszawy, Dep. Służby Zdrowia, Amerykańskiego Komitetu Rozdzielczego oraz dzięki cennej współpracy Panów Ordynatorów, Lekarzy Szpitala, Instruktorek i Panów Wykładowców.

KRONIKA

POLSKIE TOWARZYSTWO SZPITALNICTWA

W celu zwrócenia uwagi szerszego ogółu na zagadnienie szpitalnictwa, które wkracza coraz istotniej w życie społeczne i państwowe cywilizowanych narodów, obrany został przez Międzynarodowe Towarzystwo Szpitalnictwo dzień 12. maja dla urządzenia obchodów, posiedzeń, zwiedzań szpitali (w Ameryce), przyjmowania darowizn i zapisów na rzecz szpitali — tych wielkich przetwórni, przywracających najcenniejszy skarb człowieka — zdrowie i życie.

Polska w tym roku poraz pierwszy przyłączyła się do tego pięknego zwyczaju i zorganizowała, choć w skromnym zakresie, obchód, na który złożyły się: nadzwyczajne posiedzenie Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, podanie przez radio i prasę specjalnej odezwy, oraz wydanie obszernego zeszytu z kilkoma referatami znawców szpitalnictwa z rozmaitych dziedzin.

Zebranie członków i wprowadzonych gości odbyło się dnia 12. maja w sali Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego (Karowa 31) z następującym porządkiem dziennym: 1) zagajenie prezesa Dra B. Jakimiaka, 2) refert wiceprezesa Dra W. Szenajcha „Flor. Nightingale — twórczyni współczesnego pielęgniarstwa“ (12 maja 1820 r.), 3) referat wiceprezesa Dr W. Przywieczerskiego: „Stan szpitalnictwa w Polsce“ oraz 4) referat sekretarza i skarbnika inż. arch. Wł. Borawskiego: „Schematyczny projekt pawilonu zakaźnego dla wielkiego miasta“.

POŚWIĘCENIE INSTYTUTU RADOWEGO

W dniu 29. maja br. odbyło się w Warszawie poświęcenie nowego gmachu Instytutu Radowego w obecności p. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej I. Mościckiego.

Na uroczystość tę przybyli z Paryża patronka Instytutu p. Marja Skłodowska-Curie, oraz dyrektor Instytutu radowego w Paryżu prof. Regaud. W szeregu przemówień, zagajonych przez prezesa komitetu budowy Instytutu, dziekana wydziału lekarskiego prof. Paszkiewicza, podnoszono zasługi naukowe pani Curie, która przez cały czas budowy okazywała żywe zainteresowanie się tą sprawą, a przez zaofiarowanie jednego grama radu dała instytucji realne podstawy egzystencji.

OTWARCIE KĄPIELISKA SOLANKOWEGO W CIECHOCINKU

Przy ślicznej pogodzie, w sobotę, dnia 4. czerwca o godzinie 15-tej zostało otwarte uroczyście w Ciechocinku kąpielisko termalno-solankowe, jedno z największych tego typu w Europie. Otwarcia dokonał osobiście pan Prezydent Rzeczypospolitej, bawiący w Ciechocinku na kuracji.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarzadem R. Ferka.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Zmiany posad w Polskim Czerwonym Krzyżu w kwietniu i maju 1932 r.

S. Kunicka Zofja z Sanatorjum Wojsk. Zakopane do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Krawczykowa Helena, ze St. Opieki Miasteczko do Sanatorjum Wojsk. Raycza.
S. Kostecka Jadwiga, ze St. Opieki Katowice do Szp. Wojsk. Warszawa, Mokotów.
S. Sianożęcka Walentyna ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. Wojsk. Przemyśl
S. Kobyłkówna Marta ze Szp. Wojsk. Przemyśl do Szp. PCK. Warszawa
S. Lutyńska Aniela ze Szp. Wojsk. Toruń do Szp. Wojsk. Modlin
S. Sajewiczówna Wanda ze Szp. Wojsk. Warszawa, Ujazd. do Szp. Wojsk. Wilno
S. Kuzińska Stanisława ze Szp. Wojsk. Brześć n/B. do Szp. Wojsk. Modlin
S. Suszycka Marja ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Toruń
S. Wołoszynówna Józefa ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Dęblin
S. Kozłowska ze Szp. Wojsk. Łódź do Szp. Wojsk. Warszawa, Ujazdów
S. Czupakówna Helena ze Szp. Wojsk. Dęblin do Szp. Wojsk. Brześć n/B
S. Rucińska Marja ze Szp. Wojsk. Dęblin do Szp. Wojsk. Łódź
S. Simlówna Pelagja ze Szp. Wojsk. Chełm do Szp. Wojsk. Łódź
S. Frenklówna Wanda z Sanatorjum Raycza do Szpitala Wojskowego Łódź
S. Wernerowa Helena z Sanatorjum Raycza do Szp. Wojsk. Chełm Lubelski
S. Kisielewska Zofja ze St. Opieki Katowice do Szp. Wojsk. Warszawa, Ujazdów.

PRZYJĘTO NA POSADY:

P. Snarska Irena, absolwentka Szkoły Piel. PCK. Warszawa do C. I. W. F. Bielany — Warszawa.

P. Macionga Marta, abs. Szk. Piel PCK. Katowice do Sanat. Wojsk. Raycza

P. Wyleżyńska Zofja, abs. Warszawskiej Szk. Piel. do Sanatorjum Wojsk. Raycza.

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

VII.
WALNY ZJAZD
P. S. P. Z.
WE LWOWIE

W DNIACH

9, 10, 11 PAŹDZIERNIKA

1932

Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IV. Sierpień-Wrzesień-Październik 1932 Nr. 8-9-10.

Pielęgniarka Polska Nr. 8-9-10.

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 8-9-10.

SOMMAIRE:

Administracja »Pielęgniarki Polskiej« przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów**, podając dotychczasowy . . . . obecny . . . . , . . .

CZYTAJCIE I ROZPOWSZECHNIAJCIE

MIESIĘCZNIK

ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK

Rok IV. Sierpień-Wrzesień-Październik 1932 Nr 8-9-10.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH
WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

SPRAWOZDANIE

z VII Walnego Zjazdu Polskiego Stow. Pielęgniarek Zawodowych

Zjazd tegoroczny odbył się poraz pierwszy we Lwowie. Całą organizację podjęło niedawno utworzone Lwowskie Koło P. S. P. Z. Z radością konstatujemy, że utworzony przez nie Komitet Organizacyjny Zjazdu spełnił swe zadanie ponad wszelkie oczekiwania świetnie. Przyczem nie chodzi tylko o stronę czysto zewnętrznej organizacji. Przygotowanie do Zjazdu sięga daleko głębiej: sięga w pracę pielęgniarek dyplomowanych na terenie Lwowa. Gdyby nie ta praca, gdyby nie ciągły, stały wysiłek, gdyby nie mierzenie siły na zamiary, które jest zasadniczą cechą rozpędu i tajemnicą powodzenia pielęgniarstwa polskiego, a którego rezultaty z taką radością oglądaliśmy w tym roku we Lwowie — nie byłoby owego gorącego przyjęcia, owego zrozumienia naszych haseł i naszych dążeń, z jakiemi uczestniczki Zjazdu spotykały się na każdym kroku tak w przemówieniach prelegentów, jak i w gościnności podejmujących je instytucyj.

Zjazd tegoroczny osiągnął w całej pełni swój cel, cel główny każdego ze zjazdów: wzmógł poczucie spójni między pielęgniarkami wszystkich stron Rzeczypospolitej, wzmógł ich siły, wzmógł wiarę w szczytność i drogi rozwoju polskiego pielęgniarstwa.

Dzień 1-szy — 9 października 1932

Walny Zjazd rozpoczęła Msza św. odprawiona w kościele Archikatedralnym obrz. łac., w kaplicy św. Józefa przez Ks. Michała Rękasa. Ks. Rękas w głębokiem przemówieniu podkreślił konieczność pierwiastka chrześcijańskiej etyki w nowoczesnem pielęgniarstwie.

Otwarcie Zjazdu

odbyło się w Auli Uniwersytetu Jana Kazimierza o godzinie 10 rano.

Wzięło w niem udział grono profesorów Uniw., przedstawiciele władz centralnych i samorządowych, około 100 delegatek pielęgniarek i licznie zebrani goście.

P. Jadwiga Romanowska, prezeska PSPS., otworzyła Zjazd, a następnie podała historję rozwoju pielęgniarstwa we Lwowie. Przewodnictwo objął dr. Majewski, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, który powitał Zjazd w imieniu Województwa Lwowskiego.

W Imieniu Rektora Uniwersytetu J. K. powitał zebranych Prof. Dr. H. Halban, w krótkiem przemówieniu charakteryzując rolę pielęgniarki w pracy szpitalnej i pracy społecznej.

Następnie w imieniu władz centralnych przemówił Dr. Ostromęcki, w imieniu Komitetu Okr. Polskiego Czerwonego Krzyża — hr. Gołuchowski.

P. Romanowska odczytała depesze gratulacyjne od p. Ministra Opieki Społecznej Hubickiego, od p. Dyrektora Dep. S. Zdrowia Wiceministra Piestrzyńskiego, wielu lekarzy i pielęgniarek ze wszystkich stron Polski.

Referat p. t. „O szczepionce przeciw tyfusowi plamistemu“ wygłosił Prof. Dr. R. Weigl, znakomity uczony, sławny wynalazca szczepionki przeciw tyfusowi plamistemu.

Prof. H. Halban wygłosił, ilustrowany licznemi tablicami odczyt p. t. „Kilka słów o opiece zdrowotnej lwowskich szkół akademickich“.

Następnie uczestniczki Zjazdu, pod przewodnictwem Doc. Dr. A. Dobrzańskiego zwiedziły Szpital Kasy Chorych m. Lwowa, gdzie podejmowano je gościnnie obiadem.

Posiedzenie II

odbyło się o godz. 4 po poł. w sali Domu Emigracyjnego, tylko dla członków zwyczajnych oraz gości, zaproszonych na wniosek Zarządu.

Na wezwanie prezeski, p. Romanowskiej wzorem lat ubiegłych kolejno wstawały członkinie poszczególnych Stowarzyszeń:

Na sali obecnych było:

Absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa . . .	22
„ Uniw. Szk. Piel. i Higj. w Krakowie . . .	9
„ Szk. Piel. PCK. w Poznaniu	12
„ „ „ „ w Warszawie	3
„ „ „ „ w Katowicach	6
„ „ ” na Czystem w Warszawie . . .	7
„ „ „ w Zurychu	1
Zrzeszenie SS. PCK.	11
Siostry Miłosierdzia	7
Ogółem	78

P. Jadwiga Suffczyńska, sekretarka, odczytała protokuł z poprzedniego Zjazdu, który został jednomyślnie przyjęty, oraz

Sprawozdanie Zarządu za 1932 rok.

I. Statut PSPZ. z poprawkami, wniesionemi na Walnym Zjeździe w 1932 roku został zatwierdzony przez Komisarjat Rządu m. Warszawy.

II. W okresie sprawozdawczym zakończono kurs uzupełniający dla pielęgniarek dyplomowanych. Odbyło się 18 wykładów na temat ubezpieczeń społecznych, techniki i metodyki przemawiania, oraz organizacji gospodarstwa domowego. Koszt wykładów wraz z zeszłorocznemi oraz stenogramów wyniósł 2696·70. Poprawione stenogramy zostaną odbite w najbliższym czasie.

III. Rozesłano ankietę w sprawie podręczników w szkołach pielęgniarstwa. Na jej podstawie postanowiono w pierwszym rzędzie przystąpić do wydania podręcznika z anatomji i fizjologji.

IV. Rozesłano do szkół pielęgniarstwa ankietę w sprawie organizacji i systemów szkół pielęgniarstwa w Polsce. Ponieważ jeszcze nie wszystkie szkoły dały odpowiedź, przeto wyniki ankiety zostaną podane w roku przyszłym.

V. Inicjatywę zorganizowania skróconego kursu położnictwa dla absolwentek Szkół Pielęgniarstwa odstąpiono Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi, który wystąpił z odpowiednim wnioskiem do Departamentu Służby Zdrowia w Min. Op. Społ.

VI. Zarząd PSPZ. zbadał udział w strajku w marcu 1932 absolwentek Szk. Piel. na Czystem w Warszawie. Pielęgniarki w Szpitalu na Czystem zostały oczyszczone z zarzutu dobrowolnego przystąpienia do strajku. Sprawa 11 pielęgniarek w Domu dla opuszczonych dzieci została przekazana Sądowi Honorowemu PSPZ.

VII. Prezeska PSPZ. uzyskała zapewnienie delegata Zrzeszenia Miejskich Pracowników m. Warszawy, że na przyszłość pielęgniarki będą zwalniane od obowiązku brania udziału w strajku.

VIII. Uzyskano obietnicę Naczelnika Wydziału Szpitalnictwa m. st. Warszawy, że w miarę zwalnianych etatów pielęgniarskich w szpitalach miejskich, absolwentki szkół pielęgniarstwa będą przesuwane do wyższej kategorji uposażenia. Uzyskano również przyznanie urlopu wypoczynkowego dla pielęgniarek w Szpitalu na Czystem.

IX. Zatwierdzono regulamin dla Lwowskiego Koła PSPZ.

X. Przesłano do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Genewie proponowaną listę wyborczą, podając jako kandydatkę na wiceprezeskę M. R. P. p. Elżbietę Rabowską. Członkiem Międzynarodowego Komitetu Fl. Nightingale mianowano p. Jadwigę Romanowską, Komitetu Pielęgniarstwa — p. Sabinę Szyndlerównę, Komitetu Historji Pielęgniarstwa — p. Elżbietę Rabowską.

Odpowiedziano na szereg kwestjonarjuszy nadesłanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarstwa.

Po sprawozdaniu Komisji Balotującej, która przyjęła w bieżącym okresie sprawozdawczym 82 członkinie, oraz Komisji Rewizyjnej, p. Helena Nagórska, skarbniczka odczytała

Sprawozdanie kasowe PSPZ. za czas od I/XII 31 do I/X 32

Wpływy			Wydatki		
Saldo na 1 XII 31	9358.59		„Piel. Polska"	1475.00	
Składki członk.	2650.00		Kancelarja	247.80	
Subw. Min. Pr. i Op. Sp.	900.00		Kursy uzupełniające	1300.00	
Zwrot za urządz. Zjazdu	112.70		Zjazd 1932	500 00	
Procent w P. K. O.	588.35	13609.64	Różne	110.35	3633.15
			Saldo na I. X 32		9976 49.
		13609.64			13609.64

Sprawozdanie z wydawnictwa „Pielęgniarki Polskiej" odczytała p. Hanna Chrzanowska, redaktorka, która jednocześnie zakomunikowała o swej dymisji od 1. I. 33 przyjętej przez Zarząd PSPZ. na posiedzeniu w czerwcu 1932. Na jej miejsce Zarząd przedstawił kandydaturę p. Marji Starowieyskiej. Walny Zjazd kandydaturę przyjął.

Przystąpiono do głosowania do nowego Zarządu. Znaczną większością głosów wybrano Zarząd następujący:

Prezeska: p. Jadwiga Suffczyńska
Sekretarka: p. Elżbieta Rabowska
Skarbniczka: p. Helena Nagórska
Wiceprezeski: p. Jadwiga Romanowska i p. Teresa Kulczyńska
Członkowie Zarządu: p. Janina Żakowska
p. Marja Starowieyska
p. Marja Babicka-Zachertowa
p. Sabina Schindlerówna
Członkowie zastępcy: pp. Katcówna, Mańkowska, Łazarewiczówna, Rydlówna.

P. J. Suffczyńska, abs. WSP. jest kierowniczką Sekcji Głównej Sióstr PCK. w Warszawie, p. Elżbieta Rabowska, abs. Szkoły Pielęgniarstwa w Zurychu jest referentką pielęgniarstwa w Wydziale Szpitalnictwa m. Warszawy, p. Helena Nagórska, abs. W.S.P. jest dyrektorką Szkoły Pielęgniarstwa PCK. w Warszawie, p. Jadwiga Romanowska abs. WSP. jest referentką działu pielęgniarskiego Sekcji Higj. Szk. Magistratu m. Warszawy, p. Teresa Kulczyńska, abs. Szkoły pielęgniarstwa św. Wincentego à Paulo w Krakowie oraz Szkoły pielęgniarstwa w Bostonie jest wice-dyrektorką Uniw. Szk. Piel. w Krakowie, p. Janina Żakowska, abs. Szkoły Pielęgniarstwa PCK. w Poznaniu jest przewodniczącą Stow. absolwentek tejże szkoły, p. Marja Starowieyska, absolw. Uniw. Szk. Piel. w Krakowie jest administratorką „Pielęgniarki Polskiej", p. M. Babicka abs. WSP. jest referentką pielęgniarstwa w Dep. Sł. Zdrowia w Min. Pr. i Op. Sp., p. S. Schindlerówna, abs. Szkoły Piel. przy Szpitalu na Czystem jest dyrektorką tejże Szkoły.

Skład następujących Komisyj Zjazd przyjął na wniosek Zarządu przez aklamację:

Komisja balotująca: PP. Berka, Bielicka, Czajkowska, Poznańska, Szopińska.

Sąd honorowy: PP. Kulczyńska, Mochnacka, Stenclówna, Schindlerówna, Żmudzka.

Komisja Rewizyjna: PP. Janowska, Mirocznik, Szukalska, Żelechowska.

W wolnych wnioskach S. Stanisława Janikowicz zwróciła się do PSPZ. o pomoc w ułożeniu przepisów dla pielęgniarek w Domu Wychowawczym im. ks. Boduena w Warszawie. Sprawę tę Zarząd przekazał Komisji Wychowawczej.

Wieczorem o godzinie 9-tej odbyło się zebranie towarzyskie w Sali Żółtej Izby Przemysłowo Handlowej.

Dzień II. — 10 października 1932
Posiedzenie I

odbyło się w sali Miejskiego Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej na Zamarstynowie.

Przewodniczył dr. Pohorecki, dyrektor Szpitala Powszechnego i Szkoły Pielęgniarstwa przy Szpitalu Powszechnym. W swem przemówieniu, dr. Pohorecki podał krótki zarys historji Szkoły, której początki sięgają do roku 1895, a która w r. 1926 została zreorganizowana pod kierunkiem obecnego dyrektora, oraz S. Izabelli Łuszczkiewiczówny, która ukończyła szkołę pielęgniarstwa w Paryżu.

Dr. E. Doliński, Naczelnik Wydziału Zdrowia m. Lwowa wygłosił odczyt p. t. „O pracy profilaktycznej na terenie m. Lwowa", następnie p. A. Dąmbska odczytała referat p. t. „Organizacja pracy pielęgniarek społecznych na terenie m. Lwowa".

Po krótkiej dyskusji głos zabrał dr. Lesław Węgrzynowski. W przemówieniu pełnem zapału i humoru dr. Węgrzynowski wyjaśnił, czemu te, a nie inne tematy zostały wybrane na referaty zjazdowe: oto dlatego, że Lwów chciał pochwalić się dorobkiem swej pracy, specyficznie lwowskiej. A więc we Lwowie pracuje sława i chluba nauki nietylko polskiej, lecz i europejskiej prof. Weigl, we Lwowie powstała opieka zdrowotna nad młodzieżą akademicką, we Lwowie powstała pierwsza poradnia przeciwgruźlicza w Polsce oraz pierwsza koncepcja połączenia higjeny szkolnej z Ośrodkiem Zdrowia. Przemówienie dr. Węgrzynowskiego zosłało przyjęte gorącemi oklaskami.

Nastąpiło zwiedzanie Ośrodka Zdrowia, urządzonego podług wszelkich nowoczesnych wymagań. Kierownikiem jego jest dr. A. Ćwi-

kliński, a starszą pielęgniarką p. A. Sawczyńska, absolwentka Warsz. Szk. Pielęgniarstwa.

Poczem uczestnicy Zjazdu udali się autobusami do Hołoska, celem zwiedzenia Sanatorjum Tow. Walki z gruźlicą. Sanatorjum jest położone prześlicznie, na porośniętem sosnami wzgórzu. Budowa jego i instalacje są skromne, lecz chorzy mają zapewnione zarówno wszelkie wygody, jak i urządzenia wymagane przez nowoczesną terapję. Walcząc z trudnościami natury finansowej, zdołało jednak Sanatorjum w ostatnich czasach rozbudować się tak, że obecnie obejmuje 153 łóżka w lecie, a 97 w zimie.

Uczestniczki Zjazdu powitał Prezes Lwowskiego Tow. Walki z gruźlicą, Wiceprezydent m. Lwowa p. Franciszek Irzyk.

Zarząd Sanatorjum, z dr. Węgrzynowskim na czele podjął gości obiadem, podczas którego wygłoszono szereg przemówień, pełnych wesołości i serdeczności.

Prosto z Hołoska uczestniczki Zjazdu udały się do Szpitala Powszechnego we Lwowie, gdzie czekał je Dyrektor dr. Pohorecki, oraz S. Izabella Łuszczkiewiczówna.

Pielęgniarki są naogół przyzwyczajone do ubóstwa w szpitalach, w których pracują, to też zostały olśnione zagospodarowaniem i instalacjami Szpitala Powszechnego, nie mówiąc już o wzorowej czystości i przestrzenności sal. Na szczególną uwagę zasługują salki szkolne, gdzie pracują uczennice — przeważnie Siostry Miłosierdzia — Szkoły Pielęgniarstwa, mieszczącej się przy Szpitalu. Wszystko tam jest obmyślone i prowadzone podług wszelkich wymagań nowoczesnego pielęgniarstwa, nawet liczba chorych, wypadających na 1 pielęgniarkę jest nie za wielka, podczas gdy na innych oddziałach jeszcze Siostry Miłosierdzia są przeciążone liczbą chorych, co stanowi bolączkę Szpitala, który stara się o powiększenie liczby Sióstr.

Zamknięcie Zjazdu

odbyło się o godzinie 8 wieczór w sali Szkoły Pielęgniarstwa. P. Suffczyńska odczytała

Program prac Zarządu na rok 1933

1. Wprowadzenie w życie ustawy o pielęgniarstwie.
2. Udział PSPZ. w Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej, który odbędzie się w Paryżu i Brukselli latem 1933 roku.
3. Dalsze wydawanie „Pielęgniarki Polskiej".
4. Prowadzenie kursów uzupełniających.
5. Wydawanie podręczników.
6. Zorganizowanie na terenie PSPZ. pośrednictwa pracy.

W dyskusji podniesiono konieczność uwzględnienia w kursach uzupełniających obrony przeciwgazowej oraz zwrócono uwagę na braki w wykształceniu absolwentek w dziale administracji szpitalnej. Obie te sprawy Zarząd postanowił wziąć pod uwagę, przy opracowaniu programu kursów.

P. H. Nagórska, skarbniczka odczytała następujący:

Preliminarz budżetowy na rok 1932—33:

Reszta składek za rok 1932:		
Szkoła poznańska . .	245·—	
„ krakowska . .	485·—	
„ na Czystem . .	500·—	
„ P. C. K. . . .	150·—	1330·—
Składki za rok 1932:		
Szkoła warszawska	1400·—	
„ krakowska	700·—	
„ poznańska	350·—	
„ na Czystem	770·—	
„ P. C. K.	350·—	3570·—
Procent z P. K. O. za 1932 . .		500·—
		5400·—

Wydatki	
Na wydawnictwo Pielęg. Polsk. 32 r.	1000·—
„ „ „ „ 33 r.	2500·—
Wydatki kancelaryjne	400·—
Składka do Międz. Rady Piel. . .	300·—
Urządzenie Zjazdu	600·—
Wydawnictwo notatek	500·—
Na fundusz żelazny	100·—
	5400·—

Przeszły następujące

WOLNE WNIOSKI

1) Na wniosek Zarządu członkiem honorowym P. S. P. Z. zostaje Dr Czesław Wroczyński, Naczelnik Wydziału Zdrowia m st. Warszawy.

2) Na wniosek p. Zofji Wasilewskiej Walny Zjazd uchwala, że pielęgniarkom nie wolno brać udziału w żadnych strajkach bez względu na ich rodzaj i okoliczności.

3) P. H. Chrzanowska, w imieniu Dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa zaprosiła P. S. P Z. na rok przyszły na Zjazd do Warszawy.

KILKA SŁÓW O OPIECE ZDROWOTNEJ
LWOWSKICH SZKÓŁ AKADEMICKICH.

W roku 1920 Senat Uniwersytetu Jana Kazimierza w trosce o dobro młodzieży naszej znużonej i wycieńczonej długoletnią wojną, stworzył Komitet dla spraw młodzieży złożony z profesorów. Zadaniem tego Komitetu, który z początkiem roku akad. 1921/22 zamieniony został na *Komisję Senatu akad. U. J. K. dla spraw młodzieży*, jest popieranie poczynań Towarzystw akademickich samopomocowych i naukowych,

organizacja mieszkań dla studentów, remont i budowa domów studenckich, udzielanie pomocy indywidualnej w nagłych przypadkach, wreszcie staranie o powiększanie środków finansowych na cele humanitarne młodzieży i czuwanie nad odpowiedniem zużyciem funduszów wpłacanych przez studentów na cele samopomocowe.

Działalność Komisji dla spraw młodzieży trwa obecnie już rok 12-ty i nadal stara się ona pomagać — o ile tylko może — młodzieży Uniwersytetu Jana Kazimierza.

Równocześnie z podwyższeniem opłat w szkołach akademickich, rozporządzeniem z dnia 26 sierpnia 1924 r. Ministerstwo W. R. i O. P., mając na oku stan zdrowotny młodzieży, zaprowadziło nowy zupełnie rodzaj opłaty, a mianowicie 6 zł. rocznie na Kasę Chorych. Opłatę tę ustaliło Ministerstwo bez porozumienia się z Senatami akademickiemi oraz bez podania bliższych szczegółów co do zużycia tych kwot.

Senaty Szkół akademickich, nie znając zamierzeń Ministerstwa, niejednolicie dysponowały funduszami na Kasy Chorych, oddając część bądź to Bratnim Pomocom na cele zdrowotne, bądź też akademickim związkom sportowym jako stowarzyszeniom, których działalność przyczynia się korzystnie do podniesienia zdrowia młodzieży. Także co do przymusu wnoszenia opłat na Kasę Chorych Senaty wydały różne zarządzenia, niektóre zwalniały część młodzieży, inne zaś jak n. p. Senat Uniwersytetu Jana Kazimierza — przewidując późniejsze celowe zużycie tych opłat — na własną odpowiedzialność poleciły *wszystkim studentom bez wyjątku* wnosić opłaty na Kasę Chorych.

Zaraz na pierwszem posiedzeniu roku 1924/25 Senat Uniwersytetu J. K. zastanawiał się nad zużyciem opłaty zarządzonej przez Ministerstwo i doszedł do jedynie słusznego wniosku, że skoro nałożono przymus wnoszenia opłaty na *wszystkich* studentów bez wyjątku, to temsamem wszyscy studenci powinni w *równej* mierze korzystać z przyszłej organizacji. Mając zaś do dyspozycji już istniejącą organizację, której powierzył troskę o dobro materjalne młodzieży, uchwalił oddać rozpatrzenie sprawy „Kasy Chorych“ swojej stałej Komisji dla spraw młodzieży.

Już z początkiem listopada 1924 r. Komisja nasza ustaliła główne zasady, na których nowa organizacja powinna się oprzeć.

Przedewszystkiem dla odróżnienia od miejskiej Kasy Chorych uchwalono:

1) zmianę nazwy na „Opiekę Zdrowotną“,

2) że Zarząd „Opieki Zdrowotnej“ musi pozostać w ręku władz akademickich, a to z powodu istniejących różnic politycznych i wyznaniowych wśród młodzieży, szczególnie w naszem środowisku,

3) że wobec niskich kwot przeznaczonych na „Kasę Chorych“, szczególnie po oddaniu w pierwszym roku 25% na Akademicki Związek Sportowy, a więc po pozostawieniu tylko $4^1/_2$ zł. rocznie na jednego studenta — Komisja doszła do przekonania, że zorganizowanie „Opieki Zdrowotnej“ jest możliwe tylko przy wydatnej pomocy klinik, oddziałów szpitalnych i innych już istniejących instytucyj.

W ten sposób Komisja Senatu akad. U. J. K. dla spraw młodzieży objęła zarząd „Opieki Zdrowotnej“ i po zatwierdzeniu w dniu 19. XII. 1924 r. przez Senat regulaminu, rozpoczęła swoją działalność z dniem 15. I. 1925 r., z wyjątkiem części stomatologicznej, którą uruchomiono w miesiąc później t. j. w połowie lutego.

Z początkiem marca tego samego roku, na życzenie Rektoratu Akademji Medycyny Weterynaryjnej, a z dniem 1 maja tego samego roku, po odpowiednich pertraktacjach przeprowadzonych z Rektoratem Politechniki Lwowskiej, Senat akad. U. J. K. na wniosek Komisji uchwalił przyłączyć do „Opieki Zdrowotnej“ także studentów tych dwóch uczelni.

Zaledwo więc w sześć miesięcy po oddaniu sprawy „Opieki Zdrowotnej“ Komisji naszej dla spraw młodzieży *wszystkie trzy lwowskie szkoły akademickie* zjednoczyły się w organizacji, której powierzono troskę o zdrowie młodzieży.

Na prośbę Rektoratu i młodzieży Wyższej Szkoły Handlu Zagranicznego i za zezwoleniem Ministerstwa W. R. i O. P. „Opieka Zdrowotna“ objęła z początkiem roku akad. 1930/31 także pieczę nad studentami W. S. H. Z.

Celem umożliwienia ścisłej współpracy stworzono przy Komisji Senatu dla spraw młodzieży Zarząd „Opieki Zdrowotnej“, do którego należą prócz Członków Komisji a więc profesorów Uniwersytetu i delegatów trzech największych samopomocowych Towarzystw uniwersyteckich, także po jednym delegacie Senatu Politechniki i Grona Profesorów Akad. Med. Weter. i W. S. H. Z. i po jednym delegacie Bratnich Pomocy tych trzech wyższych uczelni.

Drobna kwota, którą „Opieka Zdrowotna“ w pierwszym roku istnienia rozporządzała, zmusiła nas do leczenia studentów w ambulatorjach klinicznych w godzinach ordynacyjnych, przyczem podnieść należy, że dyrektorowie klinik zwolnili członków „Opieki“ od opłat ambulatoryjnych. „Opieka” opłacała w tym pierwszym roku tylko dwóch lekarzy odwiedzających studentów w nagłych przypadkach w ich mieszkaniach i czterech lekarzy dentystów umówionych, a poza tem 3-ch medyków dyżurnych. Z innych wydatków „Opieka“ opłacała apteki, optyka, pobyt studentów w miejscowościach klimatycznych przedewszystkiem w Zakopanem, mniejsze przyrządy ortopedyczne,

a częściowo także leczenie chorych studentów w klinikach lub szpitalach.

W tym pierwszym niepełnym roku działalności „Opieki", korzystało z niej ogółem 3.447 osób, dla których wydano 1.879 recept, 215 szkieł, a z leczenia klimatycznego korzystało 36 osób, przyczem podnieść należy, że w tej małej liczbie mieści się także kilka osób, które otrzymały subwencje na dożywienie.

Pierwszy rok działalności „Opieki" był rokiem próby — przekonaliśmy się jednak, że zasady organizacyjne były słuszne, chodziło tylko o stopniowe rozszerzenie świadczeń, a tem samem o znalezienie odpowiednich środków.

Nie mogę w ramach tej krótkiej pogadanki przedstawić dokładnie stopniowego rozwoju, ale dla orjentacji i porównania pozwolę sobie podać kilka liczb z I i VIII roku akcji naszej i stan obecny urządzeń i świadczeń, do których są uprawnieni członkowie Opieki Zdrowotnej lwowskich Szkół akademickich.

Porównanie:	1924/25	1931/32
1) Ilość członków „Opieki" . .	8.446	11.054
2) Ilość leczonych osób około .	2.367	5.867
3) Korzystało procentowo osób	28%	53%
4) Ogólna liczba poleceń wydanych przez Dyżurnych razem z poleceniami na recepty .	5.535	19.337 (r. 1930/31)
5) Wysłanych do miejsc klimatycznych	36	401
korzystających z dożywienia i aparatów ortopedycznych	—	114
6) Leczonych dentystycznie .	1.064 osób	4.005 osób
7) Koszt leczenia dentystycznego	12.270 zł.	40.554 zł.
8) Ogólne koszta „Opieki" . .	30.181 zł.	206.773·46 zł.
9) Koszta leczenia 1 studenta przeciętnie	12·76 zł.	35·24 zł.
10) Opłata w pierwszym roku .	6, 9, 12, 15 zł.	18 zł
11) 4 lekarzy umówionych i 3 dyżurnych		
2 dla chorób wewn.		
1 „ „ skórnych i wener.		
1 „ „ ocznych	8 lekarzy i 3 dyżurn.	20 lekarzy 5 stomat. 5 dyżurn.
4 stomatologów		

Z tych 25 lekarzy pracujących dla młodzieży, Kierownik Przychodni Przeciwgruźliczej od 1 marca br. został zamianowany adjunktem dla „Opieki Zdrowotnej"; za udzielenie etatu adjunkta Komisji dla spraw młodzieży, w chwili ogólnych redukcyj należy się Ministerstwu serdeczna wdzięczność — uważamy je za dowód troski o stan zdrowotny młodzieży, a z drugiej strony za dowód uznania dla organizacji naszej.

Przy tej sposobności winienem podnieść, że Ministerstwo W. R. i O. P. od początku istnienia „Opieki" zarówno jak i Min. Spraw Wewnętrznych (Departament Zdrowia Publicznego) popiera akcję naszą bardzo gorąco. Szczególna wdzięczność należy się reprezentacji miasta naszego, która wspierała nas stosunkowo znacznemi subwencjami Niestety w ostatnich dwóch latach wszystkie subwencje zarówno jak i ofiarność instytucyj publicznych znacznie zmalała; wiemy, że ogólny stan finansowy jest tego powodem.

Pierwszą zmianą, którą zaprowadziliśmy po I roku istnienia „Opieki" było odosobnienie studentów od ogólnych ordynacyj klinicznych, a więc wyznaczenie im osobnych godzin, a tem samem wyznaczenie w porozumieniu z dyrektorami klinik asystentów ordynatorów „Opieki" po jednemu, względnie dwóch dla każdego działu.

Jeden ze starszych asystentów kliniki wewnętrznej odwiedza chorych studentów na wezwanie telefoniczne lub piśmienne skierowane do dyżurnych w razie nagłego lub cięższego zachorzenia studenta; dla szybszego załatwienia wezwań domowych lub w razie większej ilości wizyt lekarz ten ma do dyspozycji samochód, którym „Opieka Zdrowotna" rozporządza.

Wkrótce po rozpoczęciu akcji naszej, przyszliśmy do przekonania, że dwa działy lecznicze musimy odseparować od klinik, a mianowicie dział chorób kobiecych i dział chorób skórnych i wenerycznych dla kobiet. Lekarki umówione dla tych dwóch działów ordynują u siebie w domu; studentki, korzystające z ich pomocy udają się do nich bez karty polecającej dyżurnych, a wykazują się lekarkom tylko kartą „Opieki". Uważaliśmy bowiem, że dyskrecja w tych dwóch działach jest konieczna, a jest ona tak daleko posunięta, że lekarki przesyłają nawet Przewodniczącemu Komisji sprawozdania bezimienne.

Poza temi dwoma działami, w których ordynacje odbywają się prywatnie, od początku uruchomienia działu stomatologicznego, a więc od 15 lutego 1925 r., także lekarze stomatolodzy ordynują w mieszkaniach prywatnych. Z czasowemi zmianami ordynuje w tym dziale 4-ch umówionych lekarzy, a konsyljarjusz, który dopomógł nam w zorganizowaniu leczenia stomatologicznego, objął część chirurgiczną i rentgenologiczną tego działu, a w razie potrzeby odbywa konsylja z kolegami

Od początku istnienia „Opieki“ uważaliśmy za najważniejszy obowiązek zwracanie szczególnej uwagi na choroby o znaczeniu społecznem, a więc choroby płucne i choroby weneryczne.

Leczenie chorób wenerycznych staraliśmy się o ile możności ułatwić studentom, umożliwiając im szybkie dostanie się do lekarza i wydając lekarstwa bezpłatnie, a potem czasowo wskutek braku wszelkich subwencyj za opłatą 25%; mimo, że w czasie wielkich wakacyj działalność „Opieki“ ustaje, przedłużamy leczenie chorób wenerycznych, ażeby dać możność dokończenia leczenia chorym, którzy je rozpoczęli. Dla uświadomienia młodzieży o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych, korzystamy z wykładów urządzanych przez Lwowskie Towarzystwo Higjeniczne, osobno dla mężczyzn i kobiet; za ryczałtem opłacanym przez „Opiekę“ uzyskujemy wstęp wolny dla młodzieży.

Zrazu zasoby pieniężne nie pozwalały nam na stworzenie Przychodni Przeciwgruźliczej i ordynacja w tym dziale odbywała się w pierwszych dwóch latach w ambulatorjum kliniki, razem z innemi chorobami wewnętrznemi. Następnie ordynacja dla chorób płucnych odbywała się oddzielnie, jednakże nadal korzystaliśmy z gościnności kliniki wewnętrznej. Od roku akad. 1929/30 postąpiliśmy znaczny krok naprzód, stwarzając wspólnie z kliniką chorób wewnętrznych Przychodnię Przeciwgruźliczą przy ul. Hausnera 9, w której w osobnych godzinach odbywa się ordynacja dla członków „Opieki Zdrowotnej“.

Dalszym ważnym rozwojem akcji przeciwgruźliczej jest stworzenie prewentorjum w Mikuliczynie z początku na 24 osób, a obecnie dla przeszło 30 osób. Budowę rozpoczęliśmy w lecie 1925 r., a uruchomiliśmy Dom Zdrowia w listopadzie 1928 r. Instytucja ta — o ile mi wiadomo — była pierwszą całoroczną tego rodzaju w Polsce, a tem samem pierwszą dla młodzieży akademickiej. Stworzyliśmy ją, wychodząc z założenia, że o ile Sanatorja istniejące umożliwiały nam umieszczenie ciężej chorych,to nie było domu, do którego moglibyśmy wysyłać lekko chorych lub zagrożonych. Uważaliśmy przedewszystkiem za ważny obowiązek leczenie stanów początkowych, uchronienie młodzieży przed pogorszeniem stanu chorobowego i wzmocnienie zagrożonych, pochodzących z rodzin lub otoczenia gruźliczego. Od czasu uruchomienia Domu Zdrowia przebywało w nim dotąd 645 osób, naprzemian po 5 — 6 tygodni studenci i studentki. Wyniki mamy zadowalające, przeciętny przybytek wagi wynosi około 4 kg., a ogólny przybytek tych 645 kuracjuszy wynosi $2^1/_2$ tonny. Dom Zdrowia zbudowany jest za blisko szosy: niestety, gdyśmy rozpoczynali budowę, rozporządzaliśmy 4.000 zł. i dlatego musieliśmy skorzystać z oddanego nam gruntu rządowego w dzierżawę i z istniejących fundamentów, które pozostały po spalonej w czasie wojny leśniczówce. Z tego samego też powodu

dom frontowy wybudowaliśmy z drzewa, częściowo darowanego nam przez Ministerstwo Rolnictwa.

Z akcją przeciwgruźliczą łączy się ściśle przebadanie nowowstępujących studentów wprowadzone na Uniwersytecie J. K. poraz pierwszy z początkiem roku akad. 1929/30.

Tak jak do „Opieki Zdrowotnej" w przeciągu kilku miesięcy przyłączyły się Politechnika Lwowska i Akad. Med. Weterynarji, tak już w drugim roku badaliśmy studentów wstępujących do trzech szkół akademickich i studentów W. S. H. Z. Badania są przeprowadzane dokładnie; wszyscy studenci są badani przez lekarzy internistów, każdego studenta prześwietla się rentgenem, a o ile istnieje podejrzenie na chorobę płucną, wykonuje się zdjęcia i badania pomocnicze, a więc badanie plwocin, opadanie krwi etc. Nie przyjmuje się jedynie niebezpiecznych dla otoczenia, a więc w roku zeszłym na przebadanych 4.418 wykluczono jedynie 30 osób. Nieprzyjętych poucza się o konieczności leczenia, a doświadczenie wykazało, że znaczna część z tych chorych wogóle nie miała pojęcia o stanie swym, a dotyczyło to nawet synów i córek z domów zamożniejszych, niejednokrotnie i z domów lekarskich. Część nieprzyjętych już w następnym roku mogliśmy przyjąć, stwierdzając znaczne polepszenie stanu zdrowia. Nieprzyjęcie ciężko chorych, a temsamem uchronienie od zakażenia zdrowej młodzieży, nie jest jedynym celem przebadania studentów. Ważniejszym jest może jeszcze wynalezienie o wiele większej liczby młodzieży, obarczonej początkującemi sprawami płucnemi, których w roku zeszłym było około 400. Wszyscy oni od pierwszej chwili wstąpienia do lwowskich Szkół akademickich korzystają z Przychodni Przeciwgruźliczej. Dodać jeszcze należy, że wprowadzenie przebadania z wykluczaniem ciężko chorych natrafiało na trudności — jak zresztą każda nowa rzecz. Ogólnie biorąc, krzywda wyrządzona młodzieży nieprzyjętej jest mała, jeżeli uwzględnimy, że przynajmniej 25%, a na niektórych wydziałach nawet do 70% młodzieży szkoły akademickie przyjąć nie mogą z powodu braku miejsca.

Z przebadaniem nowowstępujących ściśle się łączy od trzech lat przeprowadzane i to z początkiem roku akad. badanie *studentów lat wyższych*, u których w poprzednim roku stwierdzono ciężkie sprawy płucne. O ile stan tych chorych wykazuje niebezpieczeństwo dla otoczenia, otrzymują oni urlop trzechmiesięczny względnie roczny i bezzwłocznie zostają przesłani do Sanatorjum na dwa do czterech miesięcy.

Nikomu się nie odmawia leczenia, a w szczególności leczenia klimatycznego i nie zdarzyło się jeszcze, ażeby student (tka) gruźliczo chory nie został umieszczony w Sanatorjum lub w miejscowości klimatycznej.

Już w pierwszych latach istnienia „Opieki Zdrowotnej“ statystyka nasza wykazała, że nie mała ilość chorych na gruźlicę zamieszkuje w Domach akad.; odseparowanie ich a względnie wydalenie z domów akademickich natrafiało na poważne trudności. Nie prędko udało się nam skłonić i przekonać Zarządy domów akademickich o konieczności oddzielenia chorych od zdrowych. Brak mieszkań i podrożenie ich były przedewszystkiem powodem, dlaczego młodzież ujmowała się za kolegami chorymi, a brak pieniędzy uniemożliwiał Komisji Senatu dla spraw młodzieży wyznaczenia subwencyj na pokrywanie różnicy kosztów pomiędzy mieszkaniem w domach akademickich, a mieszkaniem na mieście. Jak niejednokrotnie w życiu, tak i tu najlepszym nauczycielem stało się doświadczenie — kilka przypadków zakażeń współmieszkańców przekonało młodzież tak, że od roku akad. 1927/28 mogliśmy za zgodą i przy pomocy młodzieży przeprowadzać systematyczne badania mieszkańców domów. W domach akademickich pozostawiamy lekko chorych, umieszczając ich we wspólnych pokojach. Obniżenie cen mieszkań, a z drugiej strony znaczniejsze środki pieniężne pozwalają nam obecnie na udzielenie subwencyj studentom niebezpiecznym dla otoczenia, których wydalamy z domów akademickich pod warunkiem, że zamieszkają na mieście *w osobnych pokojach*. Poza tem obecnie wszystkie zarządy Domów akademickich wymagają, ażeby do podania o mieszkania w Domach akad. były dołączane świadectwa zdrowia Przychodni przeciwgruźliczej.

Przedstawiając szan. państwu najważniejsze punkta rozwoju w czasie *ośmiu* lat istnienia „Opieki Zdrowotnej“ doszedłem tem samem do dominującego znaczenia i wielkiego zadania, jakie wykonuje Przychodnia przeciwgruźlicza.

Każdy student naszych 4-ch szkół akademickich jest rejestrowany w Przychodni przeciwgruźliczej bez względu na stan zdrowia od wstąpienia do szkoły akademickiej aż do opuszczenia jej. Bo i na ostatni postulat „Opieki“ zgodziły się Senaty U. J. K. i Politechniki Lwowskiej a mianowicie, ażeby każdy student opuszczający uczelnię otrzymywał świadectwo odejścia, względnie dyplom, po przedstawieniu się do badania w Przychodni przeciwgruźliczej. Uchwałę tę wywołaliśmy głównie ze względu na młodzież; chodzi nam bowiem o to, ażeby młodzież opuszczająca szkoły akad. była uświadomiona o swym stanie zdrowotnym i starała się, w razie potrzeby, o leczenie czy to w instytucjach społecznych, do których będzie należeć, czy też we własnym zakresie.

Brak nam jednak poważnego ogniwa w naszej organizacji. Jak wspomniałem, oddzielamy w domach akademickich, umieszczając ich w osobnych pokojach, lekko chorych od zdrowych; wydalanie z do-

mów akademickich i umieszczanie w mieszkaniach prywatnych, nawet w pokojach odosobnionych, powracających ze sanatorjów częstokroć jeszcze ciężko chorych, jest bezwzględnie niewskazane. Dążymy do stworzenia dwóch niewielkich domów dla tych chorych, u których *w ciągu roku akad.* stwierdzono ciężkie schorzenie płuc, a których nie możemy wykluczyć przez udzielenie im urlopu aż dopiero z początkiem następnego roku.

Mamy nadzieję, że już w czasie obecnego roku akademickiego będziemy mogli stworzyć pierwszy dom dla 25 studentów gruźliczo chorych, wymagających odosobnienia. Wstrzymują nas od tego jedynie koszta. Wynajęcie odpowiedniej willi, urządzenie wewnętrzne, całkowite a forsowne odżywianie, utrzymanie personelu, obliczamy na około 35.000 zł. Przy dzisiejszych stosunkach finansowych nie możemy liczyć na udział studentów większy jak, że 1 student będzie zwracał 70 zł. miesięcznie tzn. razem około 15.000 zł. rocznie, czyli że wydatek „Opieki" powiększyłby się o około 20.000 zł. rocznie, nie licząc jednorazowego wydatku na urządzenie.

W Przychodni przeciwgruźliczej pracuje dotychczas tylko jedna siostra-pielęgniarka, ponieważ skromne środki finansowe pozwalają nam niestety na utrzymanie tylko jednej pielęgniarki wywiadowczyni. Zadaniem jej jest pomaganie lekarzom ordynującym, prowadzenie kartoteki, spisywanie anamnezy, regulowanie napływu chorych, zawiadamianie i przypominanie o naznaczonej wizycie chorym spóźniającym się do badania, wreszcie — wywiad domowy. Ten ostatni a nader ważny obowiązek siostra spełniać może tylko w małej części, bo przy ilości około 800 chorych rocznie wywiad domowy jest przy reszcie obowiązków tylko w małej mierze możliwy — potrzebaby nam przynajmniej jeszcze dwóch sióstr — tymczasem jednak możemy tylko przez przyjęcie siły kancelaryjnej odciążyć siostrę od zajęć biurowych, aby zyskała więcej czasu na odwiedzanie chorych.

Tak samo byłoby wskazane przyjęcie jednej pielęgniarki do Domu Zdrowia, w Mikuliczynie, aby obok niestrudzonej naszej Dyrektorki Zakładu opiekowała się zdrowiem młodzieży wedle wskazówek lekarzy Przychodni i dochodzącego miejscowego lekarza.

Piękna i odpowiedzialna będzie też rola siostry-pielęgniarki w przyszłym Domu dla ciężko chorych we Lwowie; tutaj siostra będzie musiała objąć zarówno zarząd Domu jak i opiekę nad chorymi.

Prof. Dr. Halban.

O pracy profilaktycznej na terenie Lwowa*

Nie będę systematycznie opisywał pracy profilaktycznej we Lwowie, ponieważ jest to temat nazbyt obszerny, naszkicuję tylko robotę na kilku odcinkach higjeny społecznej z uwagi na specjalne zainteresowanie Zjazdu:

Rzuciwszy okiem wstecz, zobaczymy, że praca ta rozwijała się już oddawna.

Przez szereg lat zajmowano się we Lwowie organizowaniem walki z chorobami zakaźnemi, co wydawało się pierwszem, a może i jedynem zadaniem tak lekarzy rządowych, jak i miejskich, w stolicy ówczesnego „kraju koronnego", Lwowie. Zjeżdżali się bowiem ze wszech stron rozmaici chorzy, między nimi i zakaźnie chorzy; ci mogli łatwo stworzyć groźne ogniska epidemji. Poważnem niebezpieczeństwem Lwowa było jego położenie na wschód wysunięte, narażające na zawleczenie epidemji z za kordonu. Śmiertelność we Lwowie była wysoka: n. p. jeszcze w roku 1901 mieliśmy 26·13‰ śmiertelności, dawniej było jeszcze gorzej, podczas kiedy dzisiaj mamy 10·66‰. Nie było uświadomienia masowego, nie było też i wiedzy tak daleko posuniętej, jaką dziś o chorobach zakaźnych mamy. Były częste epidemje tyfusu brzusznego i plamistego, których dawniej nie odróżniano, była nawet cholera w pewnych latach, ospa, dyfterja i płonica. Skłoniło to władze do zbudowania pięknych i doskonale wyposażonych pawilonów zakaźnych, do czego miasto przyczyniło się ofiarą gruntów wartości miljona koron. I istotnie walkę i obronę przeciw chorobom zakaźnym postawiono we Lwowie wysoko.

Z powstaniem Państwa polskiego mieliśmy już, jak wspomniałem, pawilony zakaźne, mieliśmy już wodociągi z doskonałą wodą, które powstrzymywały epidemje duru brzusznego, korzystaliśmy z organizacji wyszkolonych kontrolerów sanitarnych i służby lekarskiej, mieliśmy dobre aparaty dezynfekcyjne, łazienki ludowe i sanitarne. Od roku 1898 pełnili lekarze miejscy czynności lekarzy szkolnych. Organizację opieki pielęgniarskiej w szkołach rozpoczęto w roku 1923. Coprawda była ona stworzona pod kątem wyłapywania w szkołach dzieci zakaźnie chorych, niemniej jednak pomagała znakomicie do wynajdywania chorób skórnych, pasożytniczych, do wyszukiwania przypadków gruźlicy pod jej rozmaitemi postaciami, do leczenia jaglicy, do leczenia chorób jamy ustnej, do kontroli bystrości wzroku, do korygowania wad cielesnych dzieci. Pracowało wtedy 6 higjenistek. Prócz lekarzy miejskich okresowo pełnili funkcje lekarzy szkolnych okulista miejski

---

* Referat wygłoszony na Zjeździe P. S. P. Z. we Lwowie 10 paźdz. 1932.

i dentysta miejski. Ówczesne miejskie kierownictwo spraw zdrowotnych żywo interesowało się sprawami kolonij wakacyjnych, rozwojem sportów, organizacją propagandy higjeny przez odczyty i pogadanki, stworzyło nawet przenośne muzeum szkolne gruźlicze używane do dziś dnia i dobrze spełniające swoje zadanie. Fizykat ówczesny znalaz ochoczą pomoc w swych pracach profilaktycznych, w Towarzystwie zabaw ruchowych, w Towarzystwie kolonij wakacyjnych, w Radzie szkolnej i w Kierownictwie działu opieki społecznej.

Z rozwojem jednak myśli społecznej, z rozwojem miast i z usiłowaniami postawienia jak najwyżej opieki zdrowotnej w mieście, musiano wyodrębnić dział walki z chorobami zakaźnemi razem z ich profilaktyką, a główny nacisk położono na walkę z chorobami społecznemi jak: gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznemi, rakiem, reumatyzmem, alkoholizmem i narkomanją, chorobami zawodowemi, chorobami zębów i jamy ustnej dzieci szkolnych i t. d. Z tem wszystkiem musiała iść w parze opieka nad matką i dzieckiem na nowych podstawach oparta, szeroko rozwinięta propaganda higjeniczna, przeszkolenie i przestrojenie lekarzy miejskich, wreszcie wykształcenie personelu pielęgniarskiego i pomocniczego. Okazała się konieczność nawiązania ścisłej współpracy z organizacjami i towarzystwami społecznemi, odkryły się dalekie horyzonty, nowe zadania i inne sposoby ich rozwiązania. Przy tych pracach okazała się niezbędną pomoc pielęgniarki nowocześnie wyszkolonej i rozumiejącej swe ideowe posłannictwo. Były to czasy pierwszych lat państwowości polskiej, czasy t. zw. „inicjatywy“, której dziś potępiać nie należy, ponieważ pochodziła z szlachetnego pragnienia zrobienia z Polski wzoru dla całego świata. Tak władze centralne jak i miejscowe patrząc na wzory zagraniczne, szukały własnych form dla obleczenia myśli twórczej w dziedzinie profilaktyki. Jeżeli wynikiem tej pracy jest cała sieć organizacyjna Ośrodków Zdrowia w Polsce, to wiele można przebaczyć działaczom społecznym i higjenistom mierzącym siły finansowe na zamiary i popełniającym błędy, których nie uniknęły państwa stare i doświadczone, jak Niemcy i Italja. Myślę tu o kosztownych i olbrzymich sanatorjach. Pozwolę sobie zauważyć, że cała koncepcja rozbudowy Kas Chorych jest eksperymentem, który rozwiązuje każde państwo inaczej i nie wiemy jeszcze, jak porównanie wypadnie. Przy organizacji nowego społecznego lecznictwa czerpaliśmy wszyscy wzory w Państwowej Szkole Higjeny, która jest krynicą naszej wiedzy zapobiegawczo-lekarskiej. Całe nowe ustawodawstwo sanitarno-społeczne w Polsce jest przepojone duchem nowoczesnego lecznictwa zapobiegawczo-społecznego. Celem jednak mego referatu nie jest rozpatrywanie zarządzeń i inicjatywy władz centralnych, ale tylko zobrazowanie niektórych

organizacyj samorządowych na terenie Lwowa i podkreślenie inicjatywy prywatnej towarzystw higjeniczno-społecznych, ze szczególnem uwzględnieniem roli pielęgniarstwa społecznego.

Zacznijmy od gruźlicy.

Bezsporną zasługą b. Ministra Janiszewskiego jest organizowanie walki z gruźlicą w b. zaborze austrjackim już od roku 1899. Z jego inicjatywy zwołano we Lwowie w 1904 r. Walne Zgromadzenie Towarzystwa budowy sanatorjów ludowych dla dotkniętych gruźlicą, które przyjęło później nazwę „Towarzystwa Walki z Gruźlicą“ i zaczęło tworzyć t. zw. dyspensorja. Nadto, wzorem francuskiego Calmetta, rozpoczęło ożywioną propagandę uświadamiającą. W roku 1908 otwarto pierwsze dyspensorjum przy ulicy Pańskiej, gdzie już prócz lekarzy i pracowni bakterjologicznej, była zajęta pierwsza opiekunka społeczna P. Kwiatkiewiczowa. Bardzo czynnymi byli na polu organizacji walki z gruźlicą: Prof. Gluziński, ś. p. Prof. Wiczkowski, Doc. Ziembicki i błp. Dr. Marcin Selzer, a później Dr. Węgrzynowski. Już wtedy rozumiano, że ubogie nasze społeczeństwo może budować schroniska leśne i organizować poradnie, ale niema funduszów na drogie sanatorja. Konsekwencją tego stanowiska było uzyskanie od miasta terenu leśnego obok Brzuchowic i budowa na niem ludowego sanatorjum w Hołosku.

Zarządy miasta Lwowa w wolnej Polsce, zdając sobie sprawę z ciążących na nich obowiązków na polu walki z gruźlicą, podjęły atak nietylko na polu lecznictwa, lecz także w dziale opieki społecznej, rozumiejąc, że głód, nędza, ciemnota i niechlujstwo to najniebezpieczniejsze przednie straże gruźlicy.

Rezultatem materjalnym tego stanowiska były dwa miljony złotych, przeznaczane przeciętnie w budżetach rocznych na dział opieki społecznej i liczne wsparcia, jakoteż często wysokie zapomogi wydawane na dożywianie dzieci, na opiekę pozaszkolną, na kolonje i półkolonje wakacyjne i wycieczki krajoznawcze. Te subwencje pochodziły z działu oświaty i kultury. Jest zrozumiałe, że miasto wspierało rozmaite Towarzystwa o charakterze charytatywnym, jak n. p. zajmujące się dożywianiem w zimie ubogiej ludności bez różnicy wyznania. W ostatnim roku miejski fundusz pomocy bezrobotnym zdołał zebrać i rozdzielić czy to w naturze, czy w gotówce więcej niż miljon złotych. Bezrobotni otrzymywali także bezpłatnie pomoc lekarską i leki. W wielu wypadkach była to pomoc gruźliczo chorym.

Propagandę higjeny mieszkań i otoczenia ludności ubogiej prowadził Magistrat słowem i czynem. Na wiosnę b. r. przeznaczył bowiem pokaźną sumę na odczyszczenie mieszkań najuboższych. Wspierało miasto także poczynania zapobiegawcze organizacyj społecznych

nawet wyznaniowych. Kiedy młodzież żydowska akademicka ideowo nastrojona utworzyła patrole sanitarne, ofiarowało miasto mydło, sodę i wapno w tysiącach kilogramów, które patrole rozdawały ubogim żydom, pouczając ich równocześnie o zasadach higjeny osobistej i mieszkań. Miasto samo zbudowało kosztem wielu miljonów złotych szereg pięknych i higjenicznych mieszkań z zieleńcami dla ubogich i średnio zamożnych, które pośrednio przeciwdziałają gruźlicy. Higjena szkolna kosztuje miasto dziesiątki tysięcy złotych. Miejska poradnia eugeniczna rozwija swą działalność nietylko dla zapobieżenia degeneracji pokolenia z powodu chorób wenerycznych i psychicznych, ale także dotyka kwestji małżeństw osób gruźliczych.

Z osobnego funduszu zdrowia publicznego rozdziela miasto 35.000 złotych między Towarzystwa przeciwgruźlicze. We wspomnianem już Sanatorjum w Hołosku utrzymuje miasto kilkanaście osób gruźliczych starszych i dzieci.

Całej tej ofiarnej i różnorodnej działalności brak jednak było takiej organizacji, któraby koordynowała pracę profilaktyczną i leczniczą przeciwgruźliczą na terenie Lwowa, prowadzoną przez rozmaite organizacje.

We wrześniu 1929 r. stworzono osobny referat do spraw walki z gruźlicą, którego prowadzenie powierzył Miejski Urząd Zdrowia kierownikowi Ośrodka Zdrowia. W ten sposób powstał jakby sztab generalny, rejestrujący i koordynujący wysiłki wszystkich instytucyj, pracujących na polu walki z gruźlicą. Dla wspólnego porozumienia się i wytyczenia planów, odbywają się w biurach Miejskiego Urzędu Zdrowia konferencje, na których przedstawia się i omawia wyniki społeczno-zapobiegawczej pracy na polu walki z gruźlicą, ze szczególnem uwzględnieniem pracy pielęgniarek.

Praca Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej w Zamarstynowie jest zorganizowana na tych samych zasadach, jak i w innych Ośrodkach na terenie Państwa. Typ jego jednak jest podmiejski i łączy instytucję zapobiegawczą z Urzędem sanitarnym nowo-przyłączonych gmin. Główny ciężar pracy spoczywa tu jak i w innych Ośrodkach na barkach pielęgniarki społecznej. Dla próby dano dzieci szkolne tej Dzielnicy w opiekę lekarza miejskiego pomocniczego i pielęgniarek Ośrodka. Próba ta dotychczas daje dobre rezultaty.

Wracając do pracy referatu walki z gruźlicą, naszkicuję w kilku słowach jego zadania:

1) Uzgadnia on pracę wszystkich instytucyj, mających na celu zwalczanie gruźlicy, a głównie poradni przeciwgruźliczych;

2) umożliwia poradniom społecznym rychłe objęcie w opiekę rodzin gruźliczych, co daje się uzyskać przez prowadzenie dokładnej ewidencji chorych;

3) zbiera wyczerpujący materjał statystyczny.

Kilka słów należy się opisowi t. zw. arsenału przeciwgruźliczego na terenie naszej Gminy. Na pierwszy plan wysuwają się przychodnie, zorganizowane według współczesnych norm. Najstarszą i świetną tradycję posiada przychodnia Towarzystwa walki z gruźlicą przy ulicy Lindego L. 5, której zasięg obejmował początkowo całe miasto. Obecnie pracuje tam 2-ch lekarzy i 2 pielęgniarki. W roku 1925 zakłada Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej drugą przychodnię przy ulicy Rappaporta L. 10, która zatrudnia 2 pielęgniarki. Placówka ta przeznaczona jest przeważnie dla obsługi ubogiej ludności żydowskiej II-iej i III-iej Dzielnicy. Trzecią z kolei jest przychodnia przeciwgruźlicza w Miejskim Ośrodku Zdrowia, który we wrześniu 1929 r. rozpoczął swą działalność na terenie 3-ch przyłączonych gmin podmiejskich: Zamarstynowa, Kleparowa, Hołoska Małego oraz przyległej części III-iej Dzielnicy, zatrudniając 6 pielęgniarek.

Z dniem 1-go stycznia 1931 r. zawarto umowę z zarządem Kasy Chorych i ustalono zasady współpracy tej instytucji z czynnemi przychodniami przeciwgruźliczemi na terenie miasta Lwowa.

Zarząd Kasy Chorych zobowiązał się subwencjonować istniejące przychodnie, w zamian za co mają one otoczyć opieką lekarską członków Kasy Chorych, zamieszkałych na terenie danej przychodni. Niezależnie od tego uruchomiła Kasa Chorych przy ulicy Kurkowej L. 31 własną przychodnię, która na przydzielonym jej terenie objęła w swą opiekę także ludność nieuprawnioną do korzystania ze świadczeń kasowych. Stwierdzić należy z uznaniem, że Kasa Chorych pracuje przy pomocy wykwalifikowanych pielęgniarek.

Wreszcie z dniem 1-go stycznia 1931 r. objęła również przychodnia Kliniki U. J. K. przydzielony sobie rejon, tak, że obecnie pracuje na terenie miasta 5 przychodni pełnowartościowych.

Wspomnieć jeszcze należy o przychodni Szpitala im. Lazarusa, która jednak nie ma przydzielonego rejonu i nie udziela pomocy pielęgniarsko-społecznej, chociaż udziela porad lekarskich wielu gruźlikom.

Ukraińska poradnia przy ulicy Ujejskiego pracuje dobrze przy pomocy wykwalifikowanej pielęgniarki i prawdopodobnie w bieżącym roku otrzyma rejon.

Wspomniany podział na rejony, które są objęte opieką poszczególnych przychodni, ma ogromnie doniosłe praktyczne znaczenie. Ścisłe rozgraniczenie terenu ułatwia w znacznym stopniu celową pracę lekarzom i pielęgniarkom i zapobiega chaotyczności w działaniu.

Dodam jeszcze, że wielkość rejonu przydzielonego każdej z przychodni jest uwarunkowana liczebnością jej personalu, a także właściwościami obsługiwanego przez nią obszaru. W ten sposób zbliżyliśmy się znacznie do ideału zupełnego nasycenia opieką zapobiegawczo-lekarską terenu całego miasta.

Mniej pomyślnie przedstawia się sprawa zaopatrzenia Zakładów leczniczych w łóżka etatowe dla gruźlików. Ilość łóżek dla gruźlicy obliczamy według normy: jedno łóżko na jeden zgon z gruźlicy rocznie. Liczba zgonów wynosi rocznie (za rok 1930) 387, a z obcymi nawet 502, tymczasem ilość łóżek etatowych, jaką dysponują wszystkie Zakłady tylko 247, więc stanowczo zamała. Liczbę tę podaję bez Sanatorjum Kasy Chorych przy ulicy Kurkowej, ponieważ zostało ono zamienione na Szpital ogólny z pozostawieniem 54-ech łóżek dla gruźlicy. Dlatego też kierownicy poszczególnych przychodni są często bezradni, ponieważ nie mogą uzyskać wolnego miejsca dla swego pacjenta w odpowiednim Zakładzie.

Zadaniem przyszłości będzie uzupełnić te braki w ostatniem ogniwie zamkniętego koła opieki nad gruźlikiem, oraz zorganizować centralę rozdzielczą, skąd chorzy byliby skierowywani do odpowiednich zakładów i gdzieby była prowadzona ewidencja wolnych łóżek.

Wśród innych działów opieki zapobiegawczej otacza się szczególną troską macierzyństwo i dziecko. Wspominając tylko mimochodem o wielkiej poradni dla matki i dziecka przy ulicy Chorążczyzny L. 22 z filją przy ulicy Szpitalnej L. 31 — poradni zatrudniającej 6 pielęgniarek fachowych, a subwencjonowanej prawie zupełnie przez miasto, zilustruję bliżej interesującą pracę w Towarzystwie Dzieciątka Jezus, ponieważ celem jej jest zapobieganie jednej z wielkich bolączek społecznych t. j. porzucaniu niemowląt.

Kobieta, która urodziła nieślubne dziecko i nie ma na jego wychowanie, czuje żal do losu, do ojca dziecka, do społeczeństwa i do tej niewinnej istotki, która jest przyczyną jej hańby, bolu fizycznego i zwiększonych trudów w przyszłej walce o byt. Taka kobieta może w depresji duchowej dziecku rozmyślnie szkodzić lub je nawet porzucić. Aby nie dopuścić do tego, przyjmuje się matkę wraz z dzieckiem do Zakładu Dzieciątka Jezus, prowadzonego przez Towarzystwo Dzieciątka Jezus, gdzie otrzymuje bezpłatnie całe utrzymanie i karmi własne dziecko, ewentualnie zaś nadmiar pokarmu oddaje innym niemowlętom, nieznoszącym krowiego mleka. W Zakładzie przebywa około rok. Przez ten czas przywiązuje się do dziecka, uczy się je kochać, a odszedłszy na posadę otrzymaną za pośrednictwem Zakładu przynosi później dziecko przy każdej sposobności dla pochwalenia się jego wzrostem i przymiotami. Zaznaczyć tu muszę, że Zakład cieszy się

tak wielkiem zaufaniem publiczności, że jego pupilki są bardzo poszukiwane na rynku pracy. Przy Zakładzie, związanym personalnie z Kliniką chorób dzieci funkcjonuje Szkoła pielęgniarska, która wydaje co roku (bo tylko tak długo trwa kurs) około 15 pielęgniarek. Utrzymują one stale kontakt z instytucją macierzystą, troszczącą się również dla nich o posady i zawierającą w ich imieniu umowy o pracę. Poziom wykształcenia pielęgniarek omawianego typu jest na razie średni, ale podwyższa się z roku na rok.

Z tego działu opieki społecznej wspomnieć jeszcze trzeba o Miejskiem Schronisku dla bezdomnych kobiet przy ulicy Wronowskich, gdzie przyjmowane są kobiety najuboższe w późnej ciąży, względnie bezpośrednio po odbyciu porodu. Zakład dokłada starań, aby kobietom tym znaleść uczciwą pracę.

Przy ulicy Kadeckiej stoi szereg miejskich gmachów, mieszczących dzieci sieroty od niemowlęcia aż do wieku młodzieńczego. Dzieci są otaczane opieką lekarską i dobrze zorganizowaną opieką pielęgniarską, korzystają z zabaw na specjalnych boiskach, mają werandę słoneczną w zimie centralnie ogrzewaną, mają swój szpital zakładowy, wspaniałe urządzenia kąpielowe i t. d. W tym Zakładzie znajduje się także centralna kuchnia mleczna dla wszystkich lwowskich przychodni, z wyjątkiem przychodni Ośrodka Zdrowia. Ogółem wydaliśmy w 1931 roku zwyż 42.000 litrów mleka i przeszło 20.000 litrów specjalnych mieszanek.

Higjena szkolna, zorganizowana przez miasto w 51 szkołach powszechnych dla 30.000 dzieci, zatrudnia 5-ciu lekarzy szkolnych, okulistkę, dentystę, dermatologa i specjalistkę w chorobach nerwowych i umysłowych i 18 higjenistek szkolnych. Szerzej opisywać tego wielkiego działu nie będę, wspomnę tylko o licznych lwowskich kolonjach i półkolonjach leczniczych i wypoczynkowych, z których korzystało w roku 1931 — 6.800 dzieci (między niemi i niemowlęta) i wspomnę, że nawet aspołeczne i psychicznie niedorozwinięte lub chore dziecko otrzymuje opiekę lekarską specjalistki i może być umieszczone w specjalnej szkole św. Kazimierza, gdzie nauczycielstwo przeszło odpowiednie przeszkolenie. Bardzo pięknie rozwija się opieka pozaszkolna tworząc specjalne ogniska dla dzieci. Brak nam było dotąd szkoły na wolnem powietrzu, ale temu pragnie zaradzić Komitet opieki pozaszkolnej pod przewodnictwem P. Prezydentowej Drojanowskiej, który posiada 4-ry morgi gruntu miejskiego w Brzuchowicach, plany i 80.000 złotych gotówki. Jest więc nadzieja, że wkrótce zrealizuje tę pożyteczną myśl.

Mógłbym w dalszym ciągu mówić o rozmaitych gmachach i instytucjach lwowskich, mających cele profilaktyczne, a więc: o Poradni

Opieki Lekarskiej dla młodzieży akademickiej, o przychodniach przeciwjagliczych, przeciwwenerycznych i przeciwalkoholowych, o instytucie przeciwrakowym, mógłbym zaprowadzić do Państwowego Zakładu Higjeny, do Miejskiego Zakładu badania środków żywności, do Miejskich Zakładów sanitarnych i t. d., gdzie w odpowiednich działach pracują także dyplomowane pielęgniarki, ale nie pozwala nam na to wymierzony czas.

Wspomnę tylko, że w naszych planach na przyszłość leży przedewszystkiem ochrona tych placówek zapobiegawczo - społecznych które już istnieją, może im bowiem grozić zamknięcie w okresie kompresyj budżetowych. Mamy zamiar wspierać rozwój tanich sanatorjów ludowych przeciwgruźliczych, pragniemy zorganizować otwartą opiekę nad psychicznie chorymi, chcemy doprowadzić do tego, aby wszystkie instytucje o charakterze leczniczo-zapobiegawczym we Lwowie były obsługiwane przez wykwalifikowany personal pielęgniarski, dążymy wreszcie do skoordynowania wysiłków wszystkich placówek zapobiegawczych dla harmonijnej współpracy.

Najnowszą koncepcją Miejskiego Wydziału Zdrowia jest zorganizowanie na wzór zachodni opieki społecznej w szpitalach, co było zresztą tematem dłuższego mego referatu na Zjeździe lekarzy urzędowych.

Służba ta polega na rozciągnięciu opieki nad chorym, pozostającym w szpitalu, odciętym od świata zewnętrznego, od swego warstatu pracy i od swej rodziny, pozostającej często bez zaopatrzenia materjalnego. Chory w szpitalu znajduje się przecież w środowisku zmienionem, nastawionem na udzielenie mu pomocy w jego cierpieniu cielesnem ale w sposób częstokroć zmechanizowany i bezosobowy, co chory specjalnie dotkliwie odczuwa. Nie uwzględnia ta pomoc jego cierpień moralnych. I tu zaczyna się rola pielęgniarki społecznej, która jest tłumaczem zarządzeń lekarskich, krzepi moralnie chorego i pomaga wykonując odwiedziny domowe, ułatwia gospodarczo i moralnie rodzinie przetrwanie okresu choroby jej członka lub żywiciela pociągając do świadczeń wszystkie zobowiązane do tego celu instytucje. Po opuszczeniu szpitala nasz chory, dzięki staraniom pielęgniarki społecznej, albo jest dalej specjalistycznie leczony w sanatorjum, albo korzysta z opieki przychodni, albo wraca wprost na łono rodziny w zreorganizowane warunki materjalne i odzyskuje z powrotem zdolność do produktywnej pracy. Umiejętna praca pielęgniarki skraca pobyt chorego w szpitalu, czego rezultatem są oszczędności w budżetach szpitalnych.

Jak widać z tych kilku rysów, od pielęgniarki społecznej wymaga się niezwykle wiele, bo nietylko wykształcenia fachowego we wszyst-

kich działach pielęgniarstwa, nietylko odpowiedniego przeszkolenia w szpitalu, nietylko znajomości ustawodawstwa społecznego i stosunków miejscowych, ale także wysokich walorów osobistych, bo pielęgniarka społeczna powinna być osobą opanowaną, jednolitą, pełną siły moralnej. Ma budzić zaufanie, ponieważ występuje wtedy, kiedy chory sam sobie w życiu rady dać nie może. Ma mówić z duszy i do duszy. Nie może ulegać nastrojom i ma rozsiewać uczucie spokoju i zaufania. Jej jedynym drogowskazem jest sumienie. Stosunek jej do chorego jest pełen miłosierdzia. Ma ona posiadać dar spostrzegawczy i rozpoznawczy. Ma odznaczać się zdecydowaniem, a równocześnie delikatnością i taktem. Jej djagnoza socjalna ma uwzględnić całość życia chorego, począwszy od dziedziczności, po przez jego skłonności, stopień rozwoju umysłowego, jego wykształcenia i środowisko, w jakiem obecnie żyje. Na tej djagnozie oparta, ma sobie wytknąć cel, do którego w danym przypadku ma dążyć, pamiętając zarówno o interesie chorego, jak i interesie społecznym.

Uboczną jest kwestja, kto będzie finansował w przyszłości tak pojętą opiekę społeczną, czy Zarządy szpitali, czy Urzędy zdrowia, czy jakieś inne organizacje społeczno-zapobiegawcze — najważniejszem jest, że przed wykwalifikowaną pielęgniarką otwiera się nowe pole pracy, na którem ona swoje skarby miłosierdzia i fachowej wiedzy może zużytkować, przyczem znajdzie osobiste moralne zadowolenie, bo tak pracując, dobrze zasłuży się społeczeństwu.

Dr Eugenjusz Doliński, Lwów.

Organizacja pracy pielęgniarek społecznych na terenie Lwowa

Przypadło mi w udziale przedstawić organizację pracy pielęgniarek społecznych we Lwowie. Organizacja ta nie jest jednolita i nosi pewne swoiste cechy. Nie powstała bowiem odrazu i nie została narzucona zgóry, według określonego szablonu, ale jest wynikiem wielu lat ciężkiej pracy i wysiłków, jest wypadkową wielu czynników biorących udział w samoobronie społeczeństwa przed zwyrodnieniem i wyniszczeniem. Mówię tu o samoobronie dla podkreślenia znanego zresztą faktu w dziejach naszej medycyny zapobiegawczej, że rozwój jej pozostaje długie lata dziełem instytucyj i osób prywatnych.

We Lwowie pionierami w tej dziedzinie byli Prof. Gluziński i Janiszewski, z ich to inicjatywy powstało w 1904 r. Lwowskie T-wo

Walki z Gruźlicą, które w zrozumieniu istotnych swych zadań otworzyło w 1908 r. pierwszą w Polsce Poradnię Przeciwgruźliczą. Dla nas, pielęgniarek, najważniejszym momentem tej akcji było zaangażowanie w 1909 r. pierwszej pielęgniarki odwiedzającej w osobie p. Marji Kwiatkiewiczowej. Spełniała ona swoje obowiązki do wybuchu wojny światowej, szerząc zasady higjeny w domach chorych gruźliczych. W późniejszych latach pracę tę prowadziła S. Miłosierdzia, oraz słuchaczki medycyny, a nawet młodzi lekarze i lekarki. Dla zaznajomienia ich z nowoczesnemi metodami walki z gruźlicą T-wo urządziło 6-ciotygodniowy kurs specjalny, kładąc nacisk na wywiady społeczne.

Wojna światowa i ciężkie koleje, jakie przechodziło miasto, przerwały dalszy rozwój akcji profilaktycznej, przerwały, ale nie na długo. Już w roku 1919 z chwilą jakiego takiego uspokojenia zawieruchy wojennej rozpoczęła się gorączkowa praca dla ratowania i podnoszenia stanu zdrowia wyczerpanej ludności. Zainteresowanie skupiło się przedewszystkiem na dzieciach i młodzieży, a to w znacznej mierze dzięki akcji Hoovera. Skierowana przez Amerykański Czerwony Krzyż Miss Marshall zorganizowała i prowadziła sama przez czas dłuższy pracę pielęgniarek odwiedzających w poradni przeciwgruźliczej dla dzieci założonej przy Klinice Dziecięcej. Poradnia ta była jednocześnie terenem szkolenia uczennic 3-letniej szkoły pielęgniarskiej Prof. Groera. W roku 1921 powstały dwie Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem P. A. K. P. D. subwencjonowane przez miasto, w rok zaś później poradnia przy Klinice Dziecięcej oraz poradnia przeciwweneryczna dla dzieci. Równocześnie kampanję przeciwgruźliczą prowadziły poradnie Two Walki z Gruźlicą i T-wo Szerzenia Higjeny wśród Żydów, Zagadnieniem Higjeny Szkolnej zajęło się miasto przez wprowadzenie do szkół powszechnych higjenistek, wykształconych w tym kierunku.

Rozmach twórczy cechujący pierwszy dziesiątek lat po wskrzeszeniu Państwa Polskiego, zaznaczył się wyraźnie w niezwykle szybkim rozwoju wszystkich tych instytucyj, a raczej w ogromie pracy przez nie wykonywanej. — Dość powiedzieć, że liczba porad lekarskich dochodziła do zawrotnej cyfry kilkudziesięciu dziennie, że teren pracy wywiadowczej objął odrazu odległe przedmieścia i osiedla poza granicami miasta, a ilość godzin pracy dziennej mierzyło się wielkością zadania, które było do spełnienia.

Niepoślednia część tego wysiłku spada na pielęgniarki. Przyznać trzeba, że kierownictwo wszystkich poradni dążyło do tego, aby obsadzić stanowiska pielęgniarskie osobami nietylko o fachowem wyszkoleniu, ale i o odpowiedniej ideowości, rozumiejąc dobrze, że tylko wtedy staną one na wysokości zadania. Zakres zaś powierzonej im pracy przedstawia się z konieczności bardzo różnorodnie. Jest to zwy-

kły los pionierek, które, torując drogę nowym kierunkom, muszą ogarnąć całokształt problemów z tem związanych.

Dla uzupełnienia tego krótkiego rysu historycznego dodam, że z biegiem lat powstały we Lwowie nowe placówki medycyny zapobiegawczej, a to w roku 1927 Poradnia Przeciwgruźlicza przy Klinice Wewnętrznej łącznie z poradnią Opieki Zdrowotnej, w roku 1929 z inicjatywy Fundacji Rockefellera — Miejski Ośrodek Zdrowia i Opieki Społecznej, wreszcie w r. 1931 Poradnia Przeciwgruźlicza Kasy Chorych m. Lwowa. Wspominam o tem, aby wskazać, w jakich działach profilaktyki zaczęło się rozwijać pielęgniarstwo społeczne we Lwowie i na jakie trudności natrafiać będzie organizacyjna strona pracy ze względu na brak wszelkiej centralizacji.

Każda poradnia działała samodzielnie bez jakichkolwiek ograniczeń terenowych, kierując się tylko zakresem swojej specjalności. Stąd też wyraźna specjalizacja w pracy pielęgniarek. Nie chcę przez to powiedzieć, że pielęgniarki w Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem nie zajmują się innym problemem napotkanym w czasie odwiedzin w rodzinie, że pozwolą bezkarnie gruźliczemu zakażać otoczenie, lub dziecku niedorozwiniętemu męczyć się wśród normalnych rówieśników. Jednakowoż maximum swojej pracy skupiać muszą na zagadnieniach macierzyństwa i rozwoju dziecka. Podobnie zainteresowanie pielęgniarek poradni przeciwgruźliczej skierowane będzie na problemy stojące w związku ze zwalczaniem gruźlicy. Postaram się krótko scharakteryzować pracę pielęgniarek w poszczególnych działach.

W Stacjach Opieki nad Matką i Dzieckiem, których obecnie jest 3 łącznie z poradnią M. O. Z. i O. S. rozpoczęły pielęgniarki swą działalność od propagandy i szerzenia zasad higjeny, co wobec uprzedzeń i przesądów głęboko zakorzenionych w społeczeństwie nie należało do rzeczy łatwych. Propagandę tę prowadziły one nietylko podczas odwiedzin w rodzinach powierzonych ich pieczy, czy w czasie przyjęć w poradni, ale organizowały nadto wieczorne pogadanki o charakterze praktycznym. Pogadanki te zaznajamiały matki z zasadami racjonalnego pielęgnowania dzieci. Od roku 1928 biorą pielęgniarki czynny udział w prowadzeniu Ligi Małych Matek oraz półkolonij letnich urządzanych rokrocznie przez Two Opieki nad Matką i Dzieckiem, dla dzieci od lat 2—6. Wiele też czasu poświęcają pielęgniarki poradni dla ciężarnych i uzyskują poważne rezultaty pracy w tej tak trudnej gałęzi profilaktyki. Poza tem nawiązują kontakt z szeregiem instytucyj społecznych, jak domy podrzutków, sierót, przytuliska itp.

Jeżeli przejdziemy teraz do pielęgniarstwa przeciwgruźliczego, to zaznaczyć wypada, że rozwijało się ono w zupełnie odrębnych warunkach. Całość akcji przeciwgruźliczej pozostawała do ostatnich lat

wyłącznie w rękach instytucyj prywatnych Twa Walki z Gruźlicą i T. O. Z. Siłą faktu i dzięki sprężystemu kierownictwu powstaje w roku 1925 na terenie najstarszej poradni centralne biuro statystyczne i propagandowe dla walki z gruźlicą w mieście i powiatach okolicznych. To też pielęgniarki nietylko spełniały swe obowiązki jako pracowniczki poradni, ale brały udział we wszystkich poczynaniach Towarzystwa. Poza opieką nad chorymi zarejestrowanymi w poradni już od roku 1925 odwiedzały rodziny zmarłych na gruźlicę, oraz rodziny chorych zgłaszających się w Szpitalu Powszechnym, utrzymywały nadto ścisły kontakt z wszystkiemi poradniami, instytucjami społecznemi i dobroczynnemi. W roku zaś 1928 zawiązały przy poradni t. z. Komitet Pomocy, mający na celu dostarczanie biednym rodzinom gruźliczym pomocy materjalnej w formie ubrań, wiktuałów, opłat szkolnych i t. p.

W Komitecie tym pracuje do dziś dnia bardzo dzielnie kilkanaście studentek.

Obszerny dział pracy stanowiła propaganda przeciwgruźlicza. Pielęgniarki pomagały w urządzaniu lotnej kolumny we wsiach okolicznych, zajmowały się pogadankami w szkołach, zwłaszcza w czasie dni przeciwgruźliczych, jeździły z pierwszą ruchomą wystawą przeciwgruźliczą, co zabierało im nieraz kilkanaście dni czasu. Jednem z trudniejszych zadań było szkolenie pielęgniarek niekwalifikowanych, zajętych w prowincjonalnych poradniach przeciwgruźliczych.

Przed paru laty sprawa ta była bardzo aktualną, gdy szkoły pielęgniarskie nie były w stanie zasilać wakujących placówek odpowiednią ilością absolwentek.

Podobnie intensywnie pracowały pielęgniarki w Poradni TOZU przesuwając środek ciężkości zainteresowań na opiekę nad dzieckiem gruźliczem, zwłaszcza w wieku szkolnym, przez organizowanie kolonij i półkolonij letnich, dożywianie w domach prywatnych itp. Naogół wszystkie pielęgniarki nie były w stanie podołać wzrastającym obowiązkom.

Ogromnem odciążeniem w pracy było powstanie Miejskiego Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej, który, oparty o organy samorządowe miejskie rozpoczął swą działalność na ściśle określonym terenie obejmującym dużą, a bardzo zaniedbaną dzielnicę na krańcach miasta. Pielęgniarki, których z początku było 3, a obecnie 5, pracowały we wszystkich poradniach Ośrodka, a od roku 1931 objęły higjenę szkolną w szkołach powszechnych swojej dzielnicy.

Wobec wzrostu ilości poradni i pielęgniarek, szybko dała się odczuć konieczność ułożenia warunków współpracy, tak, ażeby z jednej strony zapewnić jak najlepszą opiekę rodzinom, a z drugiej usprawnić i ułatwić pracę pielęgniarek.

Nie będę tu omawiała trudności, płynących z przedstawionego wyżej stanu rzeczy. Są one jasne i oczywiste. Każden rozumie dobrze jakie niebezpieczeństwa kryją się w nieskoordynowanej pracy dwu lub więcej pielęgniarek w jednej rodzinie, jak demoralizującem jest w pewnej mierze dla pacjenta równoczesne zapisywanie się w kilku poradniach tego samego typu.

Zasadniczą podstawą wszelkiego podziału pracy musi być zasada terytorjalności w działaniu poradni. Wprowadzenie jej jednak natrafiało na poważne przeszkody ze względu na zupełną odrębność, a nawet pewną sprzeczność interesów działających instytucyj. Nawet tam, gdzie podział dzielnic istniał w zasadzie między poradniami, jak miało miejsce między poradniami Twa Walki z gruźlicą, a Tozu, nie mógł on być całkowicie przestrzegany z powodu stanowiska Kasy Chorych, skierowującej swoich pacjentów wyłącznie do jednej poradni. To też ułożenie stosunków w zakresie pracy pielęgniarek zostawione było całkowicie ich inicjatywie i dobrej woli. Pierwszym krokiem na tej drodze było zorganizowanie miesięcznych zebrań pielęgniarskich. Zebrania te miały na celu ułatwienie swobodnego omówienia spraw dotyczących opieki nad rodzinami i uzgodnienia postępowania.

Trudniejsze problemy z tego zakresu rozwiązywały pielęgniarki wspólnemi siłami, zależnie od warunków pracy, możności a często od znajomości osobistych. N. p. przyjęcia do szpitala czy zakładu załatwiała pielęgniarka z Ośrodka Zdrowia, bez względu na przynależność chorego, a sprawą transportu zajmowała się pielęgniarka odpowiedniej poradni. Były to jednak wypadki załatwiane *ad casum*, podobnie, jak wzajemne przekazywanie sobie rodzin w opiekę pomiędzy poszczególnemi poradniami. Tego rodzaju współpraca możliwa była jedynie dzięki dobrym stosunkom koleżeńskim wśród pracujących pielęgniarek, nie nosiła jednak żadnych cech systematycznej organizacji i pozostawała zależną jedynie od inicjatywy jednostek. To też w roku 1931 pielęgniarki z zainteresowaniem uczestniczą w pracach nad utworzeniem jednolitego frontu w walce z gruźlicą i dążą do utrzymania zasady podziału terytorjalnego przynajmniej na tym jednym odcinku swojej działalności. W rezultacie obecne stadjum pracy pielęgniarskiej przedstawia się następująco.

W zakresie walki z gruźlicą miasto podzielone jest na 5 okręgów, w zakresie zaś opieki nad matką i dzieckiem na trzy. Dzielnice te pokrywają się jedynie na terenie Miejskiego Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej, który dzięki funkcjonowaniu 8-miu poradni zapewnia ludności swego okręgu całokształt opieki profilaktyczno-społecznej.

Pozostałe części miasta obsługują samodzielne poradnie. Dwie Miejskie Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem nie mają do dziś dnia

systematycznie zorganizowanej pracy pielęgniarskiej. Powodem tego jest w dużej mierze zarówno zbyt mała liczba pielęgniarek wobec ogromnej frekwencji w poradniach jak i niedość ścisłe rozgraniczenie terenów między poradniami. A ponieważ w opiece nad niemowlęciem bardziej niż w innych działach konieczna jest ciągła współpraca lekarza poradni i pielęgniarek, więc zmuszone są one często odwiedzać rodziny nietylko w wyznaczonych sobie rejonach, ale rozrzucone po całym obszarze miasta.

Wprost przeciwnie przedstawia się praca pielęgniarska w zakresie walki z gruźlicą. Tu charakterystyczną cechą jest wyłączność opieki nad rodzinami. Wniknięcie bowiem w różnorodną psychologję chorego na gruźlicę i pozyskanie pełnego zaufania tak jego jak i rodziny, wymaga nietylko taktu i pewnej znajomości rzeczy, ale przedewszystkiem dość długiego czasu. Zbyt wiele i zbyt głęboko wnikających w życie wymagań stawiamy choremu, zbyt ciężki i bolesny jest problem gruźlicy dla całej rodziny, ażeby chętnie przyjmowała ona pomoc, rady i wskazówki od coraz to innej osoby.

Z tego też powodu nietylko poradnie mają określony teren działania, ale i każda z pielęgniarek pracujących w poradni ma oddaną dzielnicę w stałą opiekę. Opieką swą otaczać musi chorych gruźliczych danej dzielnicy bez względu na ich przynależność leczniczą. Wszystkie bowiem poradnie ze względu na warunki lokalne spełniają równocześnie rolę ambulatorjów. Stąd częstokroć się zdarza, że chory woli szukać porady w przychodni, do której terenowo nie należy. Wypadki te jednak są nieliczne i tłomaczyć je należy osobistem zaufaniem i tradycją niektórych poradni. Dodać przytem trzeba, że niemożność dopełnienia odmy sztucznej w jednej z poradni zmusza chorych do korzystania z usług innej. Adresy wszystkich chorych wraz z dokładnem rozpoznaniem przekazują pielęgniarki do odpowiednich poradni, wykazami pisanemi co 2 tygodnie. W wypadkach szybkiej interwencji pielęgniarki, załatwia się przekazanie rodziny drogą telefoniczną.

Ponadto centralne biuro dla spraw walki z gruźlicą dostarcza wszystkim przychodniom co 2 tygodnie wykazy osób zmarłych na gruźlicę oraz chorych zgłaszanych przez szpital, Kasę Chorych itp. Tym sposobem uzyskuje się ewidencję możliwie największej ilości rodzin gruźliczych i zapewnia się im opiekę pielegniarską System odwiedzania chorych zarejestrowanych w innych poradniach ma swoje ujemne strony. Przedewszystkiem stosunek do rodziny jest trudniejszy i wymaga od pielęgniarki taktu i doświadczenia. Ponadto w wypadkach wymagających decyzji lekarza, musi się ona porozumiewać z lekarzem ordynującym, co zajmuje jej więcej czasu. Pomimo to jednak

doświadczenie wykazuje, że przy ścisłem przestrzeganiu zasady terytorjalności w pracy pielęgniarek nietylko wzrasta jej wydajność, ale przedewszystkiem staje się ona bardziej celową i osiąga lepsze wyniki na terenie rodziny. Jeżeli pielęgniarka ma być naprawdę „rozumem i sercem rodziny“, jak to trafnie określono, musi się ona zżyć z tą rodziną, poznać na wylot warunki jej bytu i stosunki rodzinne, musi być tym kimś, kogo się zawsze wita z uśmiechem i przed kim nie ma się tajemnic. Takiej pełni zaufania nie osiągnie się nigdy przy częstej zmianie lub równoczesnej pracy choćby najlepszych pielęgniarek.

Ta krótka próba przedstawienia organizacji pracy pielęgniarek społecznych we Lwowie pozwala może na zorjentowanie się, że w głównych celach naszych wysiłków jest dobro społeczne, do którego zmierzamy wbrew wszelkim trudnościom przez podnoszenie stanu sanitarnego, materjalnego i kulturalnego rodzin objętych opieką poradni.

My wysiłków naszej żmudnej i nieraz, zda się mało owocnej pracy może nie ujrzymy, ale pamiętamy dobrze zdanie Pisma: „rzuć chleb twój w wodę, a odnajdziesz go po latach wielu“.

A. Dąmbska.

W sprawie zatrudnienia pielęgniarek dyplomowanych

Ministerstwo Opieki Społecznej.
Nr. Z. U. 98|3|1 **Warszawa, 6 października 1932 r.**

Dobór personalu pielęgniarskiego

Do Panów Wojewodów wszystkich (prócz Śląskiego) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W dążeniu do podniesienia poziomu pracy w instytucjach leczniczych i zapobiegawczych często za mało uwagi zwraca się na czynnik bardzo ważny w sprawności pracy, na personel pielęgniarski, zapominając, że najlepiej wydane zarządzenia zostaną wykonane połowicznie lub nawet źle, o ile nie znajdą pełnego zrozumienia ich wagi u wykonawców.

Instytucje tłumaczą się nieraz trudnościami w zdobyciu pielęgniarek z ukończoną pełnowartościową szkołą. Tymczasem szkół tych jest w Polsce już 5 i rocznie kończy je około 100 pielęgniarek, a ostatnie sprawozdania wykazały, że nie wszystkie te pielęgniarki są zatrudnione. Zwłaszcza nie ma zatrudnienia dość duża liczba pielęgniarek ze szkoły pielęgniarstwa przy Szpitalu starozakonnych w Warszawie, cho-

ciaż brak fachowego personelu pielęgniarskiego daje się szczególnie odczuwać w szpitalach żydowskich. Niema więc żadnego uzasadnienia angażowanie na wakujące miejsca sił nieodpowiednio przygotowanych, bez uprzedniego podjęcia starań o zdobycie lepszych.

Dlatego proszę Pana Wojewodę o wpłynięcie na dyrektorów szpitali i lekarzy naczelnych instytucyj zapobiegawczych, aby zwracali większą uwagę na kwalifikacje angażowanego personelu pielęgniarskiego i dawali pierwszeństwo osobom o pełnych kwalifikacjach.

Zwracać sią o pielęgniarki można bądź bezpośrednio do szkół pielęgniarstwa:

Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa, Warszawa, ul. Koszykowa 78.

Szkoła Pięgniarstwa P. C. K. Warszawa, ul. Smolna 6.

Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych, Warszawa, ul. Dworska.

Uniw. Szkoły Pielęgniarek i Higjen. Kraków ul. Kopernika 23.

Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. Poznań, ul. Grottgera 5.

lub do Depertamentu Służby zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej przytem należy żądać od instytucyj, aby podawały: od kiedy będzie potrzebna pielęgniarka, jakie będą warunki i jakie wynagrodzenie. Jest nadto pożądane, aby nadsyłano do Depertamentu Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej zawiadomienia o ogłaszaniu konkursu na stanowiska pielęgniarek i higjenistek.

(—) Adamski. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

KRONIKA

Konferencja w sprawie kursu Opieki Społecznej w Szpitalach

W połowie września r. b. odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny konferencja w sprawie organizacji Kursu opieki społecznej w szpitalach.

W konferencji wzięli udział: pp. Naczelnik Wydziału Opieki Społecznej Magistratu m. st. Warszawy — Dobraczyński, Naczelnik Wydziału Szpitalnictwa Miejskiego — Dr. K. Orzechowski, Dr. Vacqueret oraz z ramienia Państwowej Szkoły Higjeny — Dyrektor Szkoły Dr. W. Chodźko i Kierownik działu higjeny pracy — Dr. B. Nowakowski.

W wyniku narad uchwalono urządzić w Państwowej Szkole Higjeny Kurs opieki społecznej w szpitalach oraz powołać organizacje kobiece do udziału w pracach.

Nowy państwowy zakład leczniczy dla narkomanów

Obok dotychczas istniejącego wojewódzkiego Zakładu leczniczego wyłącznie dla alkoholików w Gościejewie (woj. poznańskie) powstaje z początkiem roku przyszłego w Świacku koło Grodna nowy zakład państwowy dla wszelakich narkomanów. Zakład ten będzie wzorowo urządzony i obliczony jest na pomieszczenie 120 chorych.

XII Zjazd Psychjatrów Polskich

w Choroszczy pod Białymstokiem na Walnem Zgromadzeniu dn. 16. 5. 32 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. XII Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczęcie badań biologiczno-kryminalnych w więzieniach warszawskich i wyraża nadzieję, że Ministerstwo Sprawiedliwości wydatnie poprze te badania i przyczyni się do rozszerzenia ich na inne więzienia z uwagi na doniosłe znaczenie tych badań dla nauki, higjeny psychicznej oraz polityki karnej i nitencjarnej.

II. XII Zjazd Psychjatrów Polskich

1) stwierdza konieczną potrzebę poddania każdego nieletniego przestępcy badaniom psychologiczno-psychjatrycznym, oraz

2) stwierdza konieczność przekształcenia istniejących zakładów wychowawczo-poprawczych na zakłady wychowawczo-lecznicze pod kierunkiem lekarzy psychjatrów.

III. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uznaje za konieczne ożywienie działalności w dziedzinie higjeny psychicznej w Polsce przez wciągnięcie do pracy przedewszystkiem lekarzy-psychjatrów zakładowych.

IV. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za pożądane umożliwienie lekarzom zakładów psychjatrycznych zapoznanie się z pracami w klinikach psychjatrycznych i odwrotnie

V. Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w zakładach dla psychicznie chorych w Polsce, XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne usunięcie innych instytucyj w zakładach takich czasowo ulokowanych.

Organizacja lecznictwa Heine-Medina

W Państwowej Szkole Higjeny odbyło się posiedzenie Komisji Specjalnej w sprawie organizacji lecznictwa choroby Heine-Medina. W zebraniu wzięli udział Dr. W. Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny — jako przewodniczący, Dr. H. Palester, Naczelnik Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy, Dr. L Bregman, ordynator Szpitala Starozakonnych, zaś z Państwowego Zakładu Higjeny: Prof. Dr. L. Hirszfeld, Dr. Z Karłowski, Doc. Dr. H. Sparrow, Dr. S. Stetkiewicz i Dr. T. Sporzyński.

W wyniku obrad opracowano plan racjonalnego zwalczania tej choroby; między innemi postanowiono wznowić rozporządzenie o obowiązkowem zgłaszaniu zachorowań na ostre zapalenie przednich rogów jelenia, poinformować ogół lekarzy o ostatnich zdobyczach na polu djagnostyki i terapji choroby Heine-Medina i przeprowadzić szereg zarządzeń, umożliwiających otrzymanie dostatecznego zapasu surowicy ozdrowieńców.

Polska surowica przeciwko Heine Medina

Państwowy Zakład Higjeny zastosował już nowoodkrytą metodę walki z Heine-Medina. Zakład wyprodukował blisko 300 szczepionek z krwi ozdrowieńców, które będą zastrzykiwane chorym na Heine-Medina.

Obecnie więc nie będziemy zmuszeni sprowadzać surowicy przeciw Heine-Medina z Niemiec.

Z Ministerstwa Pracy i Opieki społecznej

Po przeniesieniu departamentu Służby Zdrowia z Ministerstwa spraw wewnętrznych do Ministerstwa pracy i opieki społecznej sprawy, dotyczące Zdrowia i Opieki Społecznej objął wiceminister dr. Piestrzyński; w zawiadywaniu drugiego wiceministra p. Rożnowskiego pozostają działy pracy i ubezpieczeń społecznych. Dr. Jan Adamski został mianowany dyrektorem departamentu pracy.

VII Zjazd Dyrektorów Sanatorjów przeciwgruźliczych

Zjazd o charakterze społecznym odbył się we Lwowie w dniach 31 października i 1 listopada b. r. Posiedzenia łączyły się ze zwiedzaniem oddziałów gruźliczych Szpitala

Powsz., Kliniki lek. Un. J. K., Szpit. im. Lazarusa, Szpt. Kasy Chorych i Sanatorjum w Hołosku. Tematem obrad poza sprawami administracyjnemi były: 1) ujednostajnienie znakowania stanów gruźliczych zapomocą symbolów według referatu dra Białynieckiego (patrz Pol. G. Lek. Nr. 33 i 34 br.); przyjęto je do zastosowania w zrzeszonych zakładach; 2) jednolity typ historji chorób, książeczek odmowych, i karty odejścia, polecono opracowanie komisji Ponadto Zjazd zajął się sprawą djetetyki u gruźlików; referowali dr. Tomanek i dr. Meidinger. Najbliższy Zjazd wyznaczono w Smukale (Pomorze) na maj 1933 r., na którym będzie poruszana sprawa wyzyskania polskiego wybrzeża morskiego dla leczenia gruźlicy. Zjazd podniósł słabe wyzyskanie łóżek dla gruźlików zaledwie w 40°|₀ i zwrócił uwagę na konieczność usilnej walki z gruźlicą właśnie w czasie kryzysu gospodarczego.

Domy pracy dla bezrobotnych

Z inicjatywy Pani Premjerowej Prystorowej, odbyło się w połowie września zebranie dyskusyjne na temat domów pracy i sposobów zatrudnienia bezrobotnych.

W zebraniu wzięli udział przedstawiciele organizacyj społecznych, siły fachowe i naukowe.

Zebranie zagaiła p. Prystorowa, podkreślając konieczność szukania i znalezienia nowych dróg przyjścia z pomocą bezrobotnym, mających na celu nietylko pokarm i ratowanie od głodu, ale ratowanie samopoczucia człowieka, wyrzuconego poza ramy życia i nikomu niepotrzebnego. Pani Prystorowa podkreśliła również konieczność oparcia się w tej pracy na organizacjach społecznych i fachowych, dla uniknięcia dyletantyzmu i wniesienia zapału do pracy.

Kolejno zabierano głos i poruszano ciekawe zagadnienia: uniknięcia stworzenia konkurencji dla przemysłu i rzemiosł, prowadzenie tej akcji razem z akcją opieki społecznej. Jednomyślnie uznano konieczność tej współpracy.

Likwidacja ośrodka chorób zawodowych

Ze Lwowa dowiadujemy się, że w związku z likwidacją lecznictwa Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie zwinięto równocześnie j e d y n y p o l s k i ośrodek chorób zawodowych, który rozwijał bardzo żywą działalność leczniczą i naukową z korzyścią dla ubezpieczonych, pracodawców i samych finansów Kas Chorych. Świat lekarski traci w ośrodku tym ważną placówkę lekarską i społeczno-naukową.

Wznowienie szczepień przeciwdyfterytowych w szkołach warszawskich

W Wydziale Zdrowia Magistratu Warszawskiego odbyło się posiedzenie Komitetu szczepień dyfterytowych. Akcja szczepień, którą wznowiono 15 września, rozwija się bardzo dobrze, co pozwala mieć nadzieję, że wykonana będzie w szerszym zakresie, niż w ubiegłych latach.

Szczepień dokonywują w szkołach i przedszkolach kolumny lotne. Nadto czynne są stale punkty szczepień w Państwowym Zakładzie Higjeny, Miejskim Instytucie Higjenicznym, Klinice dziecięcej przy Uniwersytecie Warszawskim i Ośrodkach Zdrowia w Mokotowie i Grochowie.

Nowe zdrojowisko w Małopolsce wschodniej

W lipcu b. r. poświęcono i oddano do użytku łazienki w nowem zdrojowisku Olesiów, koło Stanisławowa. Kilkakrotnie przeprowadzone badania składu chemicznego źródła Jakóba w Olesiowie, — między innemi i przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie, — wykazały, że jest to solanka jodowa, w składzie swoim zbliżona do wody iwonickiej. Na miejscu urzęduje lekarz zakładowy. Zarząd zdrojowiska planuje w nadchodzącym sezonie dalszą rozbudowę wszelkich urządzeń zdrojowiskowych.

Polski Komitet Szkół na wolnem powietrzu

Dnia 9 marca odbyło się zebranie informacyjne zapowiedziane przez inicjatorów polskiego komitetu szkół i klas na wolnem powietrzu. Dr. St. Kopczyński wizytator higjeny

szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. omówił przebieg Kongresu międzynarodowego w Brukseli w r. ub., poświęconego tej właśnie sprawie. Dorobek nasz na tem polu w porównaniu z krajami zachodniemi jest jeszcze dość skromny, ale zrozumienie i zainteresowanie wzrasta. Z referatu dr. Kopczyńskiego dowiadujemy się, że na 4 miljony dzieci szkolnych w Polsce 2°|₀ jest dotkniętych gruźlicą i wymaga leczenia sanatoryjnego. 6°|₀ jest zagrożonych poważnie, a 40°|₀ okazuje skłonność do tej strasznej choroby. Cyfry te są rzeczywiście przerażające. Dla zagrożonych dzieci powinny być urządzone szkoły-uzdrowiska, jakich jest już u nas kilkanaście np. w Zakopanem, w Busku Kieleckiem, w Ustroniu w Poznańskiem i t. d.

Prócz tego dla dzieci słabszych są zakładane klasy pomocnicze na wsi, są to szkoły na wolnem powietrzu np. w Śródborowie pod Warszawą, w Zwierzyńcu pod Białymstokiem. Idea osiedli szkolnych rozwija się u nas dość pomyślnie, niestety, tylko zamożniejsze, prywatne gimnazja mogą sobie na ten higjeniczny luksus pozwolić. Istnieją też szkoły na wsi, prowadzone u nas przez zgromadzenia zakonne męskie i żeńskie, jak Chyrów OO. Jezuitów, zakłady SS Niepokalanek, Nazaretanek i t. p. Zebranie, o którem mowa, miało na celu propagandę „szkoły na wolnem powietrzu", o ile stosunki się poprawią, wobec zainteresowania się tem zagadnieniem różnych czynników, na następnym międzynarodowym kongresie w Berlinie w r. 1934 Polska będzie mogła wykazać się znacznym postępem w tej dziedzinie higjeny.

Pierwsza szkoła zielarska we Lwowie

We Lwowie rozpoczęła działalność od nowego roku szkolnego nowa szkoła zawodowa, pod nazwą Szkoły Zielarskiej, której zadaniem jest przygotowanie do zawodu zbierania uprawy, oceny, zakupu, przeróbki i handlu roślinami lekarskiemi, zarówno dziko rosnącemi, jak też u nas uprawianemi, względnie dającemi się uprawiać.

Szkoła dąży do założenia warsztatów przeróbki i produkcji przetworów lekarskich oraz kosmetycznych i przemysłowych na skalę fabryczną, aby móc zaopatrywać rynek w pierwszorzędny surowiec a nawet fabrykat.

(W związku z tem, nadmieniamy, że w Warszawie powstał z inicjatywy Państwowego Instytutu Eksportowego Polski Komitet Zielarski, który stanowi organ inicjatywy i działania w charakterze społeczno-naukowo-zawodowym, celem popierania wszystkich działów tej dziedziny wytwórczości krajowej. Bliższe wiadomości o Polskim Komitecie Zielarskim podaje „Zdrowie" Nr. 15—16 1932 str. 759. Przyp. Redakcji).

Kurs alkohologji

Wzorem lat ubiegłych z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej (Dep. Służby Zdrowia), Państwowa Szkoła Higjeny w porozumieniu z Polskiem Towarzystwem Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość" organizuje w dniach od 12 do 17 grudnia r. b. włącznie VII-my kurs alkohologji, p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie".

Program kursu obejmuje zagadnienie powyższe zarówno z punktu widzenia lekarsko-społecznego, jak również podkreśla wpływ alkoholizmu na poziom moralny i etyczny jednostki, na jej sprawność fizyczną i wartość społeczną i zawodową, wskazuje systemy walki z alkoholizmem i jego zwalczanie na ziemiach polskich oraz zagadnienie alkoholizmu na terenie międzynarodowym.

Wykłady odbywać się będą codziennie od 9—1 w poł. i od 5—7 wiecz. w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny. Wpisowe na kurs wynosi 5 zł.

Dla pewnej liczby słuchaczy zostały zapewnione przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej stypendja w wysokości 40 zł. albo pokrycie kosztów utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higjeny.

Podania o przyjęcie na kurs oraz stypendjum lub o miejsce w bursie, zaopatrzone w dokładny adres kandydata, należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście do Państwowej Szkoły Higjeny, najpóźniej do dnia 2|XII r. b. Do podania załączyć należy:

1. krótki życiorys z podaniem dotychczasowej działalności,

2. zaświadczenie urzędu lub instytucji, delegującej kandydata.

O przyznaniu stypendjum lub o zarezerwowaniu miejsca w bursie Państwowej Szkoły Higjeny kandydaci zostaną zawiadomieni przed 10 grudnia r. b.

Ze względu na to, że alkoholizm, jako źródło szeregu klęsk społecznych, leży w sferze zainteresowań organizacyj społecznych, Państwowa Szkoła Higjeny zwraca się do Zarządu z propozycją wysłania swego delegata dla wzięcia udziału w kursie.

Wszelkich wyjaśnień w sprawach kursu udziela i przyjmuje zgłoszenia Sekretarjat Kursu — Państwowa Szkoła Higjeny, Warszawa, Chocimska 24.

Varia

Trwała ondulacja

W „Nowinach Społeczno-Lekarskich“ nr. 22 b. r. P. Dr. Kleber-Dakowska podaje w swem streszczeniu z „La Presse Médicale“ o „Niebezpieczeństwach niektórych zabiegów fryzjerskich“ interesujące dane co do stosowania stałej ondulacji lub aparatów do suszenia włosów za pomocą ogrzewania. Nowy ten aparat próbowano na młodej 13-letniej uczennicy fryzjerskiej. „W kilka dni po rozpoczęciu próby wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i w trzy tygodnie nastąpiła śmierć“.

Podany jest sposób wykonania ondulacji trwałej, a kończy się streszczenie uwagą: „Nie ulega wątpliwości, że trwała ondulacja wykonana ostrożnie, umiarkowanie, przez kompetentnego fachowca, u osoby młodej i zdrowej nie powinna wywoływać innych następstw prócz kilkogodzinnego znużenia, bólu głowy, bezsenności, osoby jednak chore na płuca lub zwapnienie naczyń nie powinny oddawać się temu zabiegowi“.

Z piśmiennictwa

W Polsk. Gaz. Lek. informuje nas dr. Godłowski o artykule z „Med. Klin.“ 52. 31 r. „O konieczności macierzyństwa i zasadach kobieco-społecznych utrzymania rodu ludzkiego“. Główne myśli tego artykułu to wykazanie, że macierzyństwo jest funkcją konieczną tak z punktu widzenia społeczno-państwowego jak fizjologicznego, i że matka z dzieckiem tworzą jednostkę biologiczną i socjologiczną nietylko w ciąży, lecz i w życiu pozapłodowem. Autor zwalcza pracę zawodową kobiety pozadomową i domaga się opieki lekarskiej nad każdą rodzącą.

Kwestja bardzo zajmująca, niestety tylko w tak krótkich słowach podana.

W „Nowinach Społeczno-Lekarskich“ nr. 18 br. recenzowana jest praca Dr. P. Gleicha „O zdrowem i chorem dziecku powyżej 1-go roku“.

Osobne rozdziały poświęcone higjenie, odżywianiu i brakowi apetytu u dzieci; podanie wskazówek i rad w sposób przystępny i popularny, przyczem podnieść trzeba ścisłość w opisywaniu objawów chorobowych, zagadnienia powstawania rozmaitych schorzeń, ich rozwój i rozprzestrzenianie się. Dziełko to zasłużyło na miano „Lekarza Domowego“ według recenzji „Now. Społ. Lek.”

O lecznictwie „cudotwórczem“

„Polska Gaz. Lekr.“ podaje parę słów z Ilustrowanego Kurj. Codz. o szczególnem zaufaniu publiczności w leczenie lekarzy-cudotwórców

bez dyplomów lekarskich. Do jakiego stopnia poniża się lecznictwo, wskazuje następujące zdarzenie: „Przed niedawnym czasem pewien lekarz dyplomowany osiadł w pewnej miejscowości pod Warszawą i rozpoczął praktykę, podając się za „owczarza". W krótkim czasie zdobył on olbrzymią praktykę. Gdy do rzekomego „owczarza" zwrócili się przedstawiciele władz administracyjnych i sanitarnych, kwestjonując jego prawo do udzielania porad i uprawiania praktyki, okazał on dyplom lekarski, wydany przez jeden z uniwersytetów. Lekarz jednak błagał urzędników, ażeby, broń Boże, nie zdradzili jego tajemnicy i nie wyjawiali, że jest lekarzem dyplomowanym. Twierdził bowiem, że to mogłoby zrujnować jego praktykę".

Poza tym wypadkiem, cytowany jest znany znachor, który „studjował medycynę tybetańską", a którego leczenie spowodowało wniesienie skargi sądowej jednego z pacjentów.

Niejedna z nas pielęgniarek, stykając się bliżej z rodzinami, pacjentów, lub z samymi pacjentami słyszy opowiadania z zabobonnem przejęciem referowane, o poradach, o „cudownych leczeniach" o przepisach specjalnych na zażycie całkiem prostego leku, oglądamy dziwne zioła „otrzymane od zamawiacza", zioła i maści bez nazwy bez nr. recepty. — O ile mogłam zauważyć, nie dzieje się to ze specjalnej ciemnoty biednej ludności, gdyż wiele osób z inteligencji również zwraca się o porady do „cudotwórców". Z jednej strony w wielu wypadkach mamy zapewne do czynienia z osobnikami kwalifikującemi się do przebadania jako typy psychopatyczne, z drugiej strony z ludźmi nie rozumiejącymi zupełnie medycyny, warunków leczenia, potrzeby stosowania się do przepisów zleconych przez lekarza i tp. W stosunku do lecznictwa, tkwi u tych osobników coś ze średniowiecznego żądania tajemnicy i mocy od medycyny, to też zniechęcając się, że „nie pomógł mi", pacjent przerzuca się to tu to tam, aż wreszcie w coraz wyższem napięciu oczekiwania zdrowia, szuka „ratunku" u „zamawiacza", znachora, cudotwórcy. Ci, nie licząc się ze szkodliwością pewnych leków nieumiejętnie stosowanych, nie mogąc naukowo postawić djagnozy zalecają poczynania conajmniej dziwaczne, albo wręcz doraźnie szkodliwe, lub szkodzące organizmowi później.

Pielęgniarki powinny więc współdziałać tak z władzami administracyjnemi, jak sanitarnemi w zwalczaniu tych pojęć, mając na względzie tak dobro pacjentów jak i poszanowanie nauki. *M. St.*

Administracja „Pielęgniarki Polskiej" przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny; Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków.
Drukarnia „Powściągliwość i Praca" w Krakowie, ul. Kazimierza Wielkiego l. 95.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Zmiany posad w Polsk. Czerw. Krzyżu w czerwcu, lipcu, sierpniu i wrześniu 1932 r.

S. Nowosielska Marja	ze Szp. Gł. PCK Warszawa	do Szp. Wojsk. Wilno
S. Rotterówna Marja	„ Szk. Piel. PCK Poznań	„ „ „ C. W. San. Warszawa
S. Kempnerówna Irena	„ specjalizacji w bakt.	„ Sanat. „ Zakopane
S. Wielowieyska Anna	„ Szp. Gł. PCK Warszawa	„ Szp. I Okr. Warszawa
S. Likon Stanisława	„ „ C. W. San. „	„ „ „ „ „
S. Benderówna Łucja	„ „ Okr. I. „	„ „ Wojsk. Chełm
S. Leszczyńska Wanda	„ Sanat. Wojsk. Zakopane	„ „ „ Brześć n/B.
S. Nazarewska Barbara	„ specj. bakter.	„ „ Okr. I Warszawa
S. Czarnecka Kornelja	„ Szp. PCK Równe	„ Garn. Iz. Ch. Zambrów
S. Wesołowska Józefa	„ Garn. Iz. Ch. Zambrów	„ Szp. Wojsk. Wilno
S. Kanicka Marja	„ Szp. Wojsk. Wilno	„ Garn. Izb. Ch. Zegrze
S. Cichocka Leokadja	„ „ w Mogilnie	„ Szp. Wojsk. Przemyśl
S. Winiarczyk Felicja	„ Sanat. Wojsk. Raycza	„ „ „ Brześć n/B.
S. Metelska Walerja	„ Szp. Wojsk. Chełm Lub.	„ „ „ Toruń
S. Pawlukas Karolina	„ „ „ Brześć n/B.	„ „ „ Chełm Lub.
S. Skąpska Klementyna	„ „ „ Modlin	„ „ „ Warszawa (Mokot)

Przyjęto na posady

P. Szudrakówna Eugenja	Abs. Szk. Piel. PCK Poznań	do Szp. Wojsk. Poznań
P. Rajewska Jadwiga	„ „ „ „ „	„ „ „ Grodno
P. Tercjakówna Janina	„ „ „ „ „	„ „ „ Poznań
P. Wilkońska Marja	„ „ „ „ „	„ Szk. Piel. PCK Poznań jako instr.
P. Dronianka Zofja	„ „ „ „ „	do Szp. w Mogilnie
P. Szułczyńska Czesława	„ „ „ „ „	„ „ Wojsk. Grodno
P. Tomaszewska Natalja	„ „ „ Warszawskiej	„ Sanat Wojsk. Zakopane
P. Morzkowska Krystyna	„ „ „ „	„ „ „ Raycza
P. Zelawska Janina	„ „ „ PCK Warszawa	„ Szp. Gł. PCK Warszawa
P. Kaleńska Iza	„ „ „ „ „	„ „ Wojsk Łódź
P. Czupider Helena	„ „ „ „ „	„ „ „ Przemyśl
P. Pietrzkówna Stefanja	„ „ „ „ „	„ „ „ „
P. Matyśkiewicz Helena	„ „ „ „ „	„ „ „ „
Lenczowska Janina	„ „ „ „ „	„ „ „ Warszawa (CW San.)
P. Woźniakówna Eugenja	„ „ „ „ „	„ Kliniki Uniwer. Warszawa

Przyjęto na specjalizację.

S. Wysocka Jadwiga	w prac. bakteriolog.	ze Szp. Wojsk. Wilno
S. Kopydłowska Franciszka	„ „ „	„ Sanat. Wojsk. Zakopane
S. Mierzejewska Jadwiga	w prac. Rentgen.	„ Szp. Wojsk. Brześć n/B.
S. Wojciechowska Julja	„ „ „	„ „ „ Grodno
S. Kamińska Karolina	na sali operacyjnej	„ „ „ Chełm. Lub.
S. Weimanówna Irena	na kursie w Londynie	„ „ „ Poznań
P. Jakubicka Marja	na sali operacyjnej	Szk. Piel. PCK Warszawa
P. Miłkowska Antonina	„ „ „	„ „ „ „
P. Potapówna Alina	„ „ „	„ „ „ „

Zmarły siostry w służbie czynnej.

S. Waligorska Antonina, lat 60 zmarła d. 9. III. 1932 w Szp. Wojsk. Chełm. Lub.
S. Zurakowska Emilja, lat 48 zmarła d. 25. III. 1932 w Szp. Okr. I (Mokotowski) Warszawa.
S. Szymańska Bronisława, lat 44, zmarła d. 1. VII. 1932 w Garn. Iz. Ch. Zegrze.
S. Maliszewska Jadwiga, lat 29 zmarła d. 5. IX. 1932 w Szp. Wojsk. w Chełmie Lub.

Zmarły b. SS. PCK Inwalidki.

Walterowa Ludwika, zmarła w marcu 1932 w Białej Podlaskiej, lat 44.
Bielinowicz Jadwiga, lat 78, zmarła d. 8. V. 1932 w Szp. PCK w Warszawie.
Szałajówna Róża, lat 46, zmarła d. 22. VI. 1932 w Szp. na Zakroczymskiej w Warszawie

NOWY ADRES

ADMINISTRACJI I REDAKCJI

„PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"

KRAKÓW

UL. KAZ. WIELKIEGO L. 95.